



**Universidade de
Aveiro**

2010/2011

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**ROSA MARIA
RESENDE DE
ALMEIDA**

Síndrome de Diógenes:

Revisão Sistemática da Literatura [1960-2010]



**Universidade de
Aveiro**

2010/2011

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**ROSA MARIA
RESENDE DE
ALMEIDA**

Síndrome de Diógenes

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Óscar Ribeiro, Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Prof. Doutora

Alcione Leite da Silva

Professora Associada Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde

Arguente Principal

Prof. Doutora

Lia Paula Nogueira Sousa Fernandes

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Assistente Hospitalar Graduada, com o grau de Consultor, do Serviço de Psiquiatria do Hospital S. J. / EPE do Porto

Vogal

Prof. Doutor

Óscar Manuel Soares Ribeiro

Professor Adjunto convidado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

“Síndrome de Diógenes es una posible consecuencia de
“la soledad de nuestros mayores””

Pantoja, 2006

Agradecimentos

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos os que de forma directa e indirecta tornaram possível a concretização deste trabalho:

Ao Professor Doutor Óscar Ribeiro, orientador científico deste trabalho, pelo incentivo, paciência e disponibilidade que sempre manifestou, pela competência e rigor, pela partilha de conhecimentos, conselhos e sugestões atempadas e construtivas que muito contribuíram para a realização da dissertação. O meu bem-haja por tudo!

Ao Dr. John Snowdon e ao Dr. Colm Cooney pela receptividade, entusiasmo e cooperação neste trabalho, bem como a todos os autores que colaboraram na facilitação do acesso a uma pesquisa mais alargada e enriquecedora.

A todos os meus colegas de licenciatura e mestrado pelas oportunas manifestações de companheirismo e de encorajamento, bem como a todos os professores que nos acompanharam nesta longa caminhada.

À direcção e profissionais das instituições que nos acolheram calorosamente nos estágios da licenciatura e em projectos do mestrado, por nos possibilitarem um processo de aprendizagem autêntico que me motivou a continuar.

A todas as pessoas idosas com quem me tenho cruzado na minha vida por me ajudarem a marcar o caminho que decidi percorrer e que são a explicação do meu sentido de cidadania e espírito inquieto.

Em especial à Sra. Lurdes por me fazer olhar para a Síndrome de Diógenes com atenção e determinação.

À Ângela, minha companheira em aventuras, pelo apoio nesta jornada.

Ao João por toda a paciência, motivação e cumplicidade constantes.

E por fim à minha família, pelo “animismo” sempre demonstrado, em todos os momentos.

A todos, o meu profundo agradecimento!

Palavras-chave: síndrome de diógenes, acumulação compulsiva, auto-negligência extrema, ruptura senil, síndrome da miséria.

Resumo: **CONTEXTO:** A Síndrome de Diógenes (SD) é um problema complexo de interesse crescente a nível internacional pela sua relevância no âmbito clínico e social, mas que apresenta muitas inconsistências na sua definição operacional, bem como ao nível da sua etiopatogenia. Caracteriza-se por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido severo com o cuidado pessoal e habitacional, no abandono progressivo do contacto social, na falta de pudor e reduzido *insight* para o problema, bem como no comportamento de acumulação de objectos e lixo. Muitas hipóteses explicativas foram desenvolvidas, porém, nenhuma é reconhecida como soberana pela complexidade associada ao fenómeno e dificuldade em estudar esta população.

OBJECTIVO: Esta revisão sistemática da literatura sobre a SD pretende contribuir para sistematização das evidências científicas sobre o fenómeno e para a sensibilização dos profissionais de saúde e de áreas sociais quanto a esta síndrome.

METODOLOGIA: Foi realizada uma ampla pesquisa da literatura sobre a Síndrome de Diógenes [1960-2010] na língua Inglesa, Francesa, Espanhola e Portuguesa, complementada com pesquisa de nomenclatura relacionada. Dos 180 documentos identificados foram considerados 109 para análise. Este trabalho decorre de um método misto de análise da literatura assente numa grelha de análise construída para o efeito, com destaque para a sistematização dos dados oriundos da casuística encontrada (67 relatos de caso). A reunião de resultados da literatura e dos resultados da casuística permitiu produzir uma síntese de evidências e reflectir sobre tendências expressivas e resultados controversos.

RESULTADOS: A análise casuística apresenta casos de SD com prevalência em sujeitos idosos (84%), solteiros (44%), mulheres (66%), que habitam sozinhos (64%), em apartamento em meio urbano, em habitações com graves deficiências quanto a condições elementares de habitabilidade, sendo usualmente referenciados por vizinhos ao sistema de saúde em resultado de situações de risco para o próprio ou para terceiros. Os critérios determinantes para a identificação da SD foram o isolamento social, a auto-negligência física e a habitacional, permanecendo em dúvida se a conduta acumuladora deve ser apreciada como critério estruturante. Dois terços dos relatos descrevem diagnósticos psiquiátricos que parecem contribuir para a apresentação da SD, destacando-se a demência, a perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbação de personalidade. As modalidades de intervenção descritas incluíram o internamento voluntário e o compulsivo, o tratamento farmacológico e a intervenção integrada na comunidade.

CONCLUSÃO: A SD apresenta-se efectivamente como uma Síndrome que congrega etiologia multifactorial. A síndrome compartilha factores de risco com outras síndromes, parece apresentar efeitos importantes sobre as taxas de mortalidade e ostenta algumas evidências que apontam para uma forte relação com o declínio cognitivo e funcional. Outras evidências indicam ainda que esta entidade apresenta contornos distintos entre os jovens e os idosos, com a manifestação de diferentes factores predisponentes e precipitantes, suportando a conjectura que a SD deve ser considerada como um fenómeno essencialmente geriátrico. Os principais obstáculos à intervenção na SD são o isolamento marcado e a recusa de apoio que parece revelar, sobretudo, o desequilíbrio entre as necessidades do sujeito com SD e a forma como os serviços são estruturados e oferecidos.

Keywords: diogenes syndrome, sylogomania, extreme self-neglect, senile breakdown, squalor syndrome.

Abstract: **BACKGROUND:** Diogenes Syndrome (DS) is a complex problem that currently presents a growing international interest for its relevance in both clinical and social areas. There are, however, some inconsistencies in its definition, as well as in the study of its pathogenesis. It is characterized by a break and rejection of social patterns observed in a severe negligence in personal care, in an extreme abandonment of environmental care, in a gradual abandonment of social contact, in a lack of shame and reduced insight into the problem and in the accumulation behavior of objects and rubbish. Many theoretical explanations have been presented but none is recognized as sovereign due to the great diversity associated with the phenomenon and the difficulty in studying this population.

OBJECTIVE: This systematic review of the literature on SD is intended to contribute to the systematization of scientific evidence about the phenomenon and to raise awareness among clinical and social professionals for this syndrome.

METHODS: The literature on DS was comprehensively reviewed [1960-2010] in English, French, Spanish and Portuguese, supplemented with research of associated nomenclature. Of the 180 documents identified 109 were considered for analysis. This work stems from a mixed-method analysis of literature based on an analysis grid built for that purpose, with emphasis on systematization of information on cases found (67 case reports). The combination of literature results and the study of case reports supported the production of a synthesis of evidence and supported a reflection on significant trends and controversial results.

RESULTS: DS was found to be more common in older subjects (84%), single individuals (44%), women (66%), people who were living alone (64%) and mostly in an apartment in an urban environment and in homes with serious deficiencies in basic conditions of habitability. DS cases were usually referenced by neighbors to the health care system as a result of a hazard to themselves or others. The determining criteria for the identification of the syndrome was social isolation and physical and domestic self-neglect. Two thirds of the reports described psychiatric diagnoses that appeared to contribute to the presentation of the DS, especially dementia, obsessive compulsive disorder and personality disorder. Intervention procedures included voluntary and compulsory hospitalization, pharmacological treatment and integrated intervention in the community.

DISCUSSION: DS is presented as a true syndrome that combines a multifactorial etiology. DS shares risk factors with other syndromes, has important effects on mortality rates, and there is some evidence of a strong relationship with cognitive and functional decline. Some documents also indicate that this entity presents unique age-related feature, characterized by the manifestation of a different range of predisposing and precipitating factors, supporting the assumption that DS should be mainly considered as a geriatric syndrome. Main obstacles to intervention in DS are creased isolation and the refusal of formal support that seems to reveal a mismatch between the needs of these individual and the way services are structured and are offered.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. A SÍNDROME DE DIÓGENES NA LITERATURA CIENTÍFICA	4
2.1. SELECÇÃO DO MATERIAL PARA ANÁLISE	4
2.2. METODOLOGIA DE ANÁLISE	8
3. RESULTADOS	10
3.1. O USO DO TERMO SD	10
3.2. INFORMAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	11
3.2.1. Idade e estado civil do sujeito na avaliação	11
3.2.2. Condições Habitacionais.....	12
3.2.3. Situação Profissional e Sócio-Económica	13
3.2.4. Apoio Social	14
3.3. DETECÇÃO	15
3.3.1. Sinais proeminentes da SD	15
3.3.2. Referenciação	18
3.4. NOSOLOGIA, AVALIAÇÃO E “DIAGNÓSTICO”	22
3.4.1. Antecedentes psiquiátricos	23
3.4.2. História de vida	23
3.4.3. A SD e a coexistência de perturbações mentais	26
3.4.4. Comorbilidades físicas, orgânicas e metabólicas	30
3.5. GESTÃO DA INTERVENÇÃO	32
3.5.1. Apreciação do caso.....	32
3.5.2. Modalidades de intervenção	34
3.5.3. Relacionamento Terapêutico	37
4. CONCLUSÕES	38
4.1. LIMITAÇÕES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E DO ESTUDO DA CASUÍSTICA	40
4.2. SUGESTÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A ACTUAÇÃO SOBRE A SD	41
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICES	47
Apêndice I. Incumprimento de critérios de salubridade habitacional da APHA	47
ANEXOS.....	48
Anexo I. Cuestionario de valoración social del Síndrome de Diógenes	48
Anexo II. Environmental Cleanliness and Clutter Scale	50

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS RELATOS DE CASO	13
TABELA 2. CARREIRA PROFISSIONAL DOS RELATOS DE CASO	13
TABELA 3. RELATOS QUE EVIDENCIAM CONTACTO CONTÍNUO OU OCASIONAL COM FAMILIARES.....	14
TABELA 4. CARACTERÍSTICAS PROEMINENTES DA SD NOS RELATOS DE CASO	15
TABELA 5. APRESENTAÇÃO DA CONDUTA ACUMULADORA NOS RELATOS DE CASO	16
TABELA 6. ELEMENTO REFERENCIADOR NOS RELATOS DE CASO	19
TABELA 7. MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO NOS RELATOS DE CASO.....	20
TABELA 8. ENTIDADES SINALIZADAS NOS RELATOS DE CASO	21
TABELA 9. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS RELATADOS NOS CASOS.....	23
TABELA 10. POSSÍVEIS FACTORES DE RISCO OBTIDOS NA HISTÓRIA DE VIDA DOS RELATOS DE CASO	24
TABELA 11. PERTURBAÇÕES MENTAIS DIAGNOSTICADAS NOS RELATOS DE CASO	26
TABELA 12. COMORBILIDADES FÍSICAS DESCRITA NOS RELATOS DE CASO.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS 109 DOCUMENTOS POR CATEGORIAS.....	4
FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS 109 DOCUMENTOS SELECIONADOS POR PAÍS	8
FIGURA 3. MODELO REPRESENTATIVO DA SÍNDROME DE DIÓGENES	22

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS CASOS.....	9
QUADRO 2. ANÁLISE DE INSTRUMENTOS DE TRIAGEM COM RELAÇÃO COM A SD.....	33
QUADRO 3. PRINCIPAIS METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO	36
QUADRO 4. SISTEMATIZAÇÃO DE FACTORES COM INFLUÊNCIA NA SD	39

1. INTRODUÇÃO

O termo “Síndrome de Diógenes” (SD) surge pela primeira vez na literatura em 1975, num artigo escrito por Clark, Mankikar e Gray, denominado “*Diogenes Syndrome: a clinical study of gross neglect in old age*”^[1]. O estudo de Clark e colaboradores envolveu 30 idosos internados numa unidade de emergência geriátrica, com idades compreendidas entre os 66 e os 92 anos, que apresentavam doença aguda e auto-negligência grave. Todos viviam em condição de miséria, partilhando as seguintes características: extrema auto-negligência pessoal, negligência doméstica severa marcada pela insalubridade, bem como forte tendência para o isolamento social. Alguns indivíduos apresentavam também conduta acumuladora (*sylllogomania*). Para estes investigadores, os resultados sugeriam que a auto-negligência severa na terceira idade, com a quebra nos padrões de limpeza e higiene pessoal e ambiental, configuraria uma síndrome, hipótese levantada pela primeira vez uns anos antes no estudo de MacMillan e Shaw em 1966, onde denominaram o fenómeno de “Senile Breakdown”^[2].

Clark e colaboradores inspiraram-se no filósofo grego Diógenes de Sínope para designar o fenómeno. Este filósofo viveu no século IV a.c., seguindo o primado do desapego aos bens materiais, sob o qual escolheu voluntariamente uma vida de dificuldade e penúria. Diógenes vagueava sem tecto não reconhecendo nenhuma pátria, desprovido de família e de recursos económicos, defendendo os princípios da auto-suficiência e da liberdade pessoal quanto às restrições e ao julgamento social, por acreditar que a felicidade não dependia de nada externo à própria pessoa. Os seus únicos bens eram uma túnica, um cajado e uma tigela. Foi considerado o pai do “cinismo filosófico”, doutrina que preconiza a vida austera e a renúncia às comodidades e convencionalismos do meio social^[3-8].

No entanto, apesar destas duas referências centrais citadas no âmbito das publicações científicas, outras haviam sido feitas a este fenómeno em artigos anteriores, sob a designação de “*social breakdown in the elderly*” em 1957 por Shaw (a primeira vez que foi descrita e discutida uma série de casos de pessoas que viviam em auto-negligência habitacional extrema), “*imaginary poverty*” em 1960^[9] e “*the aged recluse—an exploratory study with particular reference to community responsibility*” em 1960 por Granick e Zeman, num condensar de 105 artigos publicados entre 1942 e 1959 sobre indivíduos que viveram em situação de extremo isolamento social em Nova York, com idade compreendida entre os 56 e os 105 anos. O capítulo de um livro sobre a vida dos irmãos Collyer, conhecidos pelo seu comportamento e estilo de vida excêntrico^{A [10, 11]}, é também publicado em 1953, dando conta do interesse e curiosidade pela Síndrome.

^A No livro “Out of This World”, publicado em 1953, Erskine editou um capítulo sobre a vida dos irmãos Collyer. Os irmãos viveram em Nova York até 1947. Homer e Langley foram criados para serem cavalheiros e estudiosos. Um dos irmãos, Homer, tornou-se advogado, enquanto Langley estudou engenharia e desenvolveu talento para o piano. Contudo, Homer ficou dependente do seu irmão devido à cegueira e à artrite. Passaram a viver num mundo auto-contido de livros, pianos, recordações e os objectos que Langley recolhia à noite. O interior da sua habitação era um labirinto de túneis, com inúmeras armadilhas pelo receio exacerbado que tinham de intrusos. Pararam de usar o

Percebe-se, assim, que o fenómeno obteve inicialmente maior atenção por parte dos meios de comunicação, através de uma cobertura eminentemente mediática de casos, tendo a literatura médica evidenciado interesse no estudo do fenómeno alguns anos depois, mais especificamente a partir da década de 60.

Desde o estudo de Clark e colaboradores que se tem tentado definir, descrever e compreender este complexo fenómeno, facto evidenciado no crescente interesse internacional, principalmente no campo da investigação clínica e social, com a publicação de artigos científicos sob perspectivas diversas (médica, psiquiátrica e sociológica), directamente relacionados com a Síndrome de Diógenes, mas apresentados, no entanto, com terminologia distinta, tal como *“social breakdown in the elderly”*, *“senile breakdown”*, *“senile squalor syndrome”*, *“messy house syndrome”*, *“hippie syndrome in the elderly”*, *“senile self-neglect”*, *“social breakdown syndrome”*, *“senile recluse syndrome”*, *“severe domestic squalor”*, entre outros ^[4, 12-14]. Ainda em 1989, Reed e Leonard, observaram na literatura cerca de 20 termos fortemente relacionados com a Síndrome de Diógenes ^[14].

A inexistência na literatura de uma definição operacional *standard* da Síndrome de Diógenes constitui um primeiro obstáculo ao seu estudo. A literatura científica tem retratado o fenómeno com uma descrição variável, simultaneamente indutora e reflexo de dúvidas conceptuais, como iremos ver ao longo desta dissertação ^[15]. No entanto, parecem claras as características que se encontram fortemente relacionadas com os estudos, descrições e reflexões realizadas acerca da apresentação da Síndrome. São elas: (i) a presença de descuido severo com o auto-cuidado pessoal (higiene pessoal, alimentação e cuidados de saúde); (ii) o abandono do cuidado ambiental (condições de desorganização, miséria e degradação); (iii) a presença de isolamento marcado e abandono do contacto social; (iv) a falta de pudor e o reduzido *insight* para o problema (inobservância de regras convencionais no relacionamento com os outros) que se reflecte na recusa de ajuda e resistência em mudar de conduta; (v) e o comportamento de acumulação de objectos inúteis e sem uma lógica relevante (sylllogomania). Para alguns investigadores serão estes os cinco critérios operativos fundamentais para a identificação da síndrome ^[7, 16-22].

A título exemplificativo, pese embora esta sistematização de critérios, a importância atribuível a cada critério é variável. No que respeita à conduta acumuladora, alguns autores referem que esta geralmente está associada, ou pode estar associada, quando o comportamento afecta de forma vincada o espaço e condição de vida do indivíduo, mas que a sua presença não é essencial ^[1, 2, 23-26], enquanto outros autores definem este comportamento como critério de despiste, i.e., como elemento estruturante da SD ^[21].

telefone em 1917 e o gás e a electricidade em 1928 o que, segundo Langley, simplificou a sua vida. Langley foi esmagado até à morte por uma das suas armadilhas entre os objectos entulhados, deixando Homer morrer de fome. Ambos faleceram antes dos 70 anos. Após a sua morte em 1947 foram retiradas 130 toneladas de objectos inúteis e lixo da sua casa. ^[10]

^{27-31]}. Já quanto ao critério da auto-negligência^B, a maioria dos autores define a Síndrome de Diógenes como sendo análoga à auto-negligência severa (e tendo em conta a definição de auto-negligência descrita em alguns artigos percebe-se, como iremos ver, que os termos são utilizados como sinónimos) ^[1, 8, 12, 16, 18, 33-39], ou ressaltam-na como traço fundamental ^[40, 41]. No entanto, existe quem recuse esta analogia visto que a auto-negligência pode apresentar-se noutras condições, perturbações ou doenças ^[23, 42], e em diversos níveis de gravidade. Assim, na perspectiva de alguns investigadores, a auto-negligência é um conjunto complexo de comportamentos que se apresentam na SD, no entanto, não a caracteriza uma vez que esta parece incluir uma etiologia multifactorial e a associação com outras síndromes ou comorbilidades ^[36, 38].

Adicionalmente à problematização criterial ilustrada, percebem-se inúmeras inconsistências na definição da SD como uma síndrome, e na sua própria etiopatogenia. Embora muitas explicações tenham sido apresentadas, nenhuma é reconhecida como soberana pela diversidade de factores geralmente associados e pela dificuldade em compreender o verdadeiro impacto que estes têm no quadro global da condição (como factor predisponente, precipitante ou mera comorbilidade).

A presente dissertação tem como objectivo promover uma revisão sistemática da literatura sobre a SD, de modo a apreender e resumir as evidências científicas publicadas até à actualidade, contribuindo assim para a sistematização e para a sensibilização dos profissionais quanto a esta síndrome, particularmente no contexto nacional. Tem como objectivos específicos a clarificação de conceitos associados ao estudo do fenómeno e a provisão de uma análise de casos clínicos apresentados em artigos científicos. Estes objectivos são operacionalizados através da identificação de factores funcionais, cognitivos e sociais associados à SD nos relatos de casos presentes no estudo de casuística, através do levantamento de dados sócio-demográficos, da sintomatologia, do contexto de referenciação dos casos, da informação associada à avaliação e diagnóstico, à nosologia e à intervenção descrita nos relatos. Este trabalho disponibiliza também uma análise comparativa dos resultados dos estudos científicos sobre o fenómeno produzidos de 1960 até 2010, reafirmando o conhecimento científico existente e promovendo o questionamento crítico impulsionador de investigações futuras.

^B Auto-negligência é uma constelação de comportamentos culturalmente enquadrados, possivelmente envolvendo um ou mais défices de auto-cuidado em que há uma falha na realização das actividades que são necessárias para manter um padrão socialmente aceite de saúde e bem-estar, incluindo um ou mais das seguintes características: as actividades de higiene pessoal, higiene doméstica, bem como efectuar o necessário para manter o estado de saúde física, mental, bem-estar emocional, segurança geral e/ou gestão de assuntos financeiros. ^[32]

2. A SÍNDROME DE DIÓGENES NA LITERATURA CIENTÍFICA

2.1. Selecção do material para análise

Este trabalho desenvolveu-se a partir de uma revisão sistemática de literatura ^[43, 44], segundo um método rigoroso de recolha, avaliação e síntese de documentos científicos, descrito em diário de pesquisa e cujas directrizes são nomeadas de seguida.

Inicialmente foi realizada uma ampla pesquisa da literatura de língua Inglesa, Portuguesa, Francesa e Espanhola, sobre o termo-chave “Diogenes Syndrome”, “Síndrome de Diógenes”, “Syndrome de Diogène” e “Síndrome de Diógenes”, respectivamente, nas bases de dados científicas B-ON, EBSCO, ProQuest e ISI Web of Knowledge, numa pesquisa desde 1960 a Novembro de 2010. Após uma pré-análise da literatura recolhida, que permitiu à autora reconhecer a Síndrome em causa e identificar os fenómenos e a nomenclatura com ela relacionados, foi realizada uma pesquisa à terminologia associada, designadamente “sylllogomania”, “extreme self-neglect”, “senile breakdown” e “squalor syndrome”, em união com o termo “elderly”, por ser considerada por muitos autores uma síndrome essencialmente geriátrica ^[1, 2]. Foi ainda utilizado para a pesquisa o método de referências cruzadas, através da análise das referências da literatura recolhida e pesquisa da literatura cinzenta (não publicada formalmente), através do motor de pesquisa Google. Alguns dos principais autores foram contactados para disponibilizarem documentos de acesso condicionado, para esclarecimento de dúvidas e/ou para apoio na selecção da literatura.

Numa primeira recolha obtiveram-se **180** documentos. Após avaliação por um sistema de triagem foram considerados **109** documentos, divididos em três categorias (ver figura 1). Embora não se devam excluir documentos de uma revisão de literatura, por razões de qualidade, ressalta-se que os documentos seleccionados “procuram obedecer a padrões de qualidade, como vivacidade descritiva, precisão analítica, relevância heurística e congruência metodológica” ^[45]. Desta forma, serviu como critério principal de exclusão de documentos a ausência de uma definição operacional da Síndrome de Diógenes ou termos similares por não permitir contextualizar o conteúdo nem a verificação da congruência dos termos utilizados relativamente ao fenómeno descrito. O processo de busca, de selecção de dados, análise e interpretação (cf. 2.2) foi alvo de validação permanente pelo orientador desta dissertação, método que permite reforçar a confiabilidade e a transparência do processo.

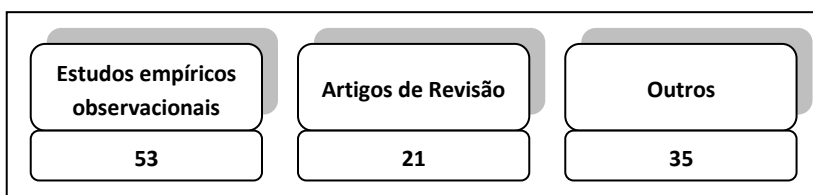


Figura 1. Distribuição dos 109 documentos por categorias

Devido à heterogeneidade impressa na literatura observada, tornou-se fundamental analisar pormenorizadamente cada documento (de modo a captar a síntese que constitui o resultado de cada documento e a permanecer fiel à interpretação do seu autor) e, posteriormente, analisar os documentos como uma totalidade. Só assim se consegue levar em conta toda a importante similaridade e diferença na linguagem (trazendo à luz as contradições, transformando-as em conhecimento), nos conceitos, nos objectivos de estudo, nas questões levantadas, na diversidade de características do fenómeno, na complexidade metodológica, no contexto do trabalho dos pesquisadores originais de cada documento e nos resultados produzidos. Desta forma, a revisão sistemática da literatura permite considerar “as possibilidades interpretativas dos resultados e construir narrativas ampliadas ou teorias gerais” ^[45], para que assim se observem diferentes facetas de um mesmo fenómeno (compreensão das diversas interpretações, abordagens e modelos teóricos) e para que no final se produza uma síntese que contribua para destacar os achados predominantes nos documentos considerados^C. Ainda que no decorrer desta dissertação se apresentem estas similaridades e diferenças, segue, em primeiro lugar, uma caracterização sumária de cada categoria de documentos.

Estudos de pesquisa empírica observacional

Foram agrupados 53 documentos catalogados como estudos de pesquisa empírica observacional. Para a análise destes documentos foi utilizado um referencial teórico que subdivide a pesquisa empírica observacional em relatos de caso, estudos de casuística, estudos de corte transversal, estudos de corte longitudinal, estudos de caso-controlo e estudos ecológicos ^[46]. Uma vez que os 31 relatos de caso apresentam especial importância para a análise casuística (cf. 2.2), estes foram reunidos e analisados como se de uma categoria particular se tratasse e serão os primeiros a serem alvo de uma caracterização sumária.

Os 31 **relatos de caso** reunidos, foram elaborados, na sua maioria, no contexto da prática clínica dos autores. Destes, 17 apresentam relatos únicos ^[4, 5, 7, 19, 23, 41, 47-57], 6 apresentam dois relatos ^[26, 58-62], 6 apresentam três relatos ^[6, 8, 16, 63-65] ^D e 2 documentos apresentam quatro ^[66] e cinco relatos ^[21], respectivamente. São artigos que expõem, na generalidade, um enquadramento breve da Síndrome de Diógenes e uma descrição dos casos variável quanto ao critério de enfoque (e.g. alguns apresentam casos de Síndrome de Diógenes associada a um determinado diagnóstico neuropsicopatológico) e quanto ao(s) âmbito(s) de análise (e.g. processo de avaliação e/ou intervenção). São relatos que evidenciam, sobretudo,

^C Segundo Lopes uma revisão sistemática reúne “esforços no sentido de se sintetizarem estudos... e é vista como essencial para atingir proposições analíticas mais elevadas e também ampliar a generalização da pesquisa qualitativa”, tendo em conta que “O que relaciona as pesquisas, os participantes, as metodologias e os pesquisadores dos estudos primários, entre si, é o fato de participarem do mesmo fenómeno estudado, através da análise e da interpretação do revisor”. ^[43]

^D No artigo de Nalbant (2002), por este se encontrar escrito em Turco apenas foi retirada a descrição parcial de um relato de caso presente no resumo em Inglês.

uma leitura clínica oriunda de áreas científicas como a enfermagem, a psicologia e a psiquiatria, a qual é complementada por uma abordagem social. Outras áreas científicas em que se inscrevem os relatos são a intervenção ético-jurídica ^[62] e a investigação forense ^[6].

Para além dos relatos de caso foram analisados 22 outros estudos de pesquisa empírica observacional ^[67]. Destes 22 documentos, 15 dizem respeito à análise de uma série de casos em três formatos distintos: **estudos retrospectivos** (5) de casuística e ecológicos que usam de dados secundários ^[30, 68-71], **estudos longitudinais** (3) de *follow-up*, a partir de um período de acompanhamento de um grupo com diagnóstico de “SD”, ou pelo menos “auto-negligência grave” ^[2, 72, 73] e **estudos transversais** (7) ^[1, 22, 74-78]. Apenas um dos estudos determinou uma amostra aleatória dentro de um grupo específico de pessoas com auto-negligência severa ^[69], e um utilizou uma amostra de controlo compatível para analisar possíveis causas ou efeitos da auto-negligência em idosos (que se demarquem dos causados regularmente pelo processo de envelhecimento) ^[75], sendo utilizados em todos os restantes estudos uma amostra por conveniência, geralmente com recolha de dados secundários. Todos os estudos empregaram um desenho e metodologia de recolha de dados própria, com o destaque para a entrevista estruturada ou inquérito aos profissionais de referência, o que representa uma das maiores limitações por não permitir apreender o fenómeno do ponto de vista dos indivíduos com SD. As excepções a estas abordagens são os estudos de follow-up que usaram de diversos métodos integrados, incluindo avaliação neuropsicológica e acompanhamento de caso durante um período significativo. Será de realçar que 8 dos 14 estudos foram circunscritos intencionalmente à população idosa ^[1, 70, 72-75, 77, 78] e apenas 3 ^[1, 30, 73] foram desenhados e implementados para estudar a Síndrome de Diógenes como fenómeno particular, enquanto os restantes focaram a auto-negligência severa, bem como a conduta acumuladora ^[78].

Dos restantes 6 estudos (dois documentos resultam de um mesmo estudo), 3 são dirigidos a profissionais de enfermagem, com objectivo de analisar as experiências e conceitos formados sobre a auto-negligência severa (investigação qualitativa) ^[79, 80] e variadas questões envolvidas na gestão de casos ^[31, 81]. Os outros 3 documentos foram alvo de uma pesquisa quanti-qualitativa: um estudo dirigido a profissionais de saúde, da área social, ambiental e de apoio na comunidade, bem como aos pacientes com auto-negligência severa ^[82], outro dirigido a representantes de diversas agências para a validação de uma escala de avaliação da higiene ambiental ^[83] e um último, dirigido a pessoas com comportamentos de auto-negligência leve a moderada ^[84].

Artigos de revisão

Foram analisados 21 documentos catalogados como artigos de revisão, dos quais 5 apresentam ainda relatos de caso ^[15, 36, 62, 85, 86]. Incluem-se neste grupo documentos que abordam ou propõem um quadro teórico para a conceptualização da SD, apesar de apenas quatro revisões incidirem especificamente

sobre este fenómeno ^[13, 17, 18, 87], uma vez que as restantes abordam uma ampla gama de problemáticas inseridas na auto-negligência ^[14, 18, 32, 36, 85, 86, 88-90], que é muitas vezes considerada pelos autores como sinónimo da própria Síndrome de Diógenes. Nestas revisões são abordadas questões ético-legais com especial referência à avaliação da capacidade decisiva e executiva da pessoa auto-negligente ^[39, 85]. São igualmente abordados critérios comumente associados à SD, como é o caso da conduta acumuladora, ^[28, 91] e apresentadas propostas para o despiste e para o diagnóstico que sensibilizem os profissionais que se deparam regularmente com este fenómeno ^[32, 36, 85]. São ainda relatados estudos recentes que procedem à implementação de programas para a identificação de população de risco e de boas práticas orientadoras de acção relativamente à negligência doméstica grave ^[13, 89, 92]. Importa aqui destacar que os documentos desta secção apresentam uma especial tendência em abordar o fenómeno segundo uma perspectiva medicalizada, evidenciando-se, porém, duas revisões que focam as teorias sociológica e psicológica da auto-negligência, como forma complementar de entender o comportamento auto-negligente ^[37, 86].

Outros documentos

Foram analisados 21 documentos catalogados como **cartas ao editor**, dos quais 8 apresentam relatos únicos de casos de SD ^[33, 93-98]. No entanto, a sua maioria diz respeito à apresentação de um documento, seja de revisão (com foco nos critérios que definem a SD ^[99] e na apresentação simultânea de outros diagnósticos ^[20, 33, 95]), seja de apresentação de resultados de pequenos estudos de teor maioritariamente observacional a indivíduos com SD. Alguns dos documentos analisados são reacções ^[3, 11, 100, 101] de questionamento sobre informação apresentada em artigos publicados, requerendo uma apresentação mais rigorosa dos dados. Por último, é apresentado também ao editor uma sequela de uma pesquisa já publicada, com o anúncio de resultados do follow-up após cinco anos ^[102]. Dos 5 documentos catalogados como **editoriais**, quatro fazem somente uma breve referência à SD, sendo esta enquadrada no contexto da auto-negligência ^[34] e de possíveis psicopatologias explicativas ^[103-105]. Quanto aos 4 **resumos** catalogados ^[106-109] estes abordam-na como uma entidade particular.

Foram ainda analisados 6 documentos diversos, dos quais 5, com origem na Austrália, incidem sobre um dos critérios geralmente identificado em pessoas com Síndrome de Diógenes - as condições de miséria domiciliar (*Domestic Squalor*). Estes documentos atribuem maior enfoque à auto-negligência domiciliar extrema, compreendendo edições informativas e guias práticos baseados na evidência clínica que resultaram de uma parceria social para a gestão do fenómeno ^[110-112] e o relatório de um programa implementado em serviços comunitários ^[113, 114]. Estes documentos, para além de apresentarem um potencial informativo e sensibilizador da problemática, disponibilizam modelos orientadores e procedimentos de apoio para a gestão da avaliação e da intervenção. O documento originário de Espanha, resulta de um curso de Saúde Pública, incidindo na Síndrome de Diógenes sob uma perspectiva de acção municipal ^[29].

Proveniência dos documentos

Numa apreciação aos documentos considerados verificou-se que o Reino Unido, seguido dos Estados Unidos da América, Austrália, Espanha e França foram os países que mais contribuíram para o estudo da SD (ver figura 2).

Em Portugal apenas foram obtidos dois documentos, ambos relativos a relatos de caso, facto que evidencia a reduzida sensibilidade social e clínica face a esta problemática. O primeiro relato de caso foi editado pela *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca* em Évora, por Ramirez e Gois (2006) ^[5]. O segundo, um resumo de um relato apresentado em Conferência, foi publicado na *European Psychiatry* por Castro e Ribeiro (2009) ^[109].

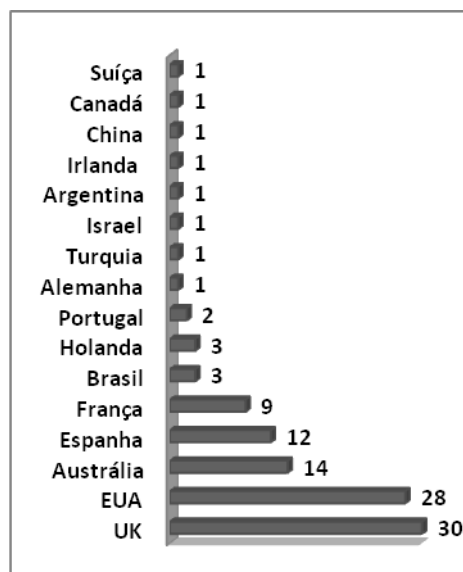


Figura 2. Distribuição dos 109 documentos seleccionados por país

2.2. Metodologia de análise

A análise contemplada nesta revisão sistemática da literatura resulta de um método misto que engloba dois procedimentos, a **análise da literatura** e o **estudo de casuística**. A análise da literatura segue uma avaliação e apreciação rigorosa dos documentos seleccionados, cujas principais sínteses são abordadas nesta revisão através de uma reflexão que reúne os resultados e as conjecturas abordadas na generalidade dos documentos e os resultados da casuística. No estudo da casuística foram considerados 70 relatos de caso, provenientes dos vários documentos, com o objectivo de determinar evidências científicas sobre a Síndrome de Diógenes pela agregação de relatos de caso individuais, numa meta-sumarização^E simples de dados. Após uma selecção e análise primária dos 109 documentos obtidos na pesquisa, foi desenvolvida uma grelha para a categorização dos dados presentes em cada relato, com o objectivo de standardizar a recolha, dando lugar à sua sistematização e análise. As categorias formadas encontram-se estreitamente relacionadas com a informação significativa para o estudo do fenómeno (ver quadro 2), permitindo o cruzamento de dados para averiguação de tendências expressivas, que orientem novas questões, novos estudos ou reafirmem o conhecimento científico existente ^[13, 15, 48, 87].

^E A meta-sumarização transforma os dados qualitativos de diferentes estudos em dados passíveis de análise estatística, na forma de tópicos e sumários temáticos de estudos, fazendo discernir a frequência de cada resultado, ao apontar os de maior prevalência, de modo a validá-los. ^[43]

Quadro 1. Categorias de análise dos casos

I	Sócio-demografia	Sexo, idade na avaliação, estado civil, factores ambientais, situação profissional e sócio-económica, suporte social;
II	Sintomatologia	Quadro clínico e sintomas proeminentes;
III	Referenciação	Elementos referenciadores dos casos, motivos de referenciação e entidades de assistência e protecção envolvidas;
IV	Nosologia, Avaliação e Diagnóstico	Historial psiquiátrico e história de vida, resultados da avaliação clínica, diagnóstico diferencial, comorbilidades;
V	Intervenção	Tipo de intervenção, duração e continuidade, resultados obtidos.

Várias subcategorias foram criadas em cada uma das categorias com o intuito de organizar e moldar a análise de modo mais aprofundado. Nesta grelha de análise foram também registados os comentários dos autores que permitissem enquadrar a descrição no seu ponto de vista, bem como observações particulares, com potencial para desencadear um processo de reflexão e questionamento essencial para a análise.

Após o preenchimento da grelha com a descrição presente nos relatos de caso foi realizada uma análise primária de conteúdo dos relatos, da qual resultou a exclusão de três descrições de casos descritos num mesmo documento ^[64]. Embora enquadrados pelo autor do documento na temática da Síndrome de Diógenes, foram integralmente descritos e analisados numa óptica de auto-negligência, com uma apresentação singular que se demarcava dos restantes relatos ^[64]. Assim, foram analisados apenas 67 relatos de caso que resultam numa recolha heterogénea quanto ao nível de detalhe descritivo apresentado e quanto à abrangência do mero relato ou estudo de caso, uma vez que alguns casos parecem focar especificamente uma das seis categorias definidas para a análise.

3. RESULTADOS

3.1. O uso do termo SD

Previamente à apresentação de considerações relativas aos resultados da análise casuística importará apreciar o uso do termo na literatura científica, uma vez que a clarificação do termo “Síndrome de Diógenes” é essencial para criar uma base à interpretação do fenómeno. Assim, um primeiro resultado desta revisão permite-nos compreender a razão da existência na literatura de uma diversidade de termos associados a este fenómeno (cf. Introdução), fundamentada nas eventuais reservas que o termo “Síndrome de Diógenes” pode acometer. Embora muitos investigadores cite premissas válidas para a adopção de outros termos, o seu uso tem igualmente um fundamento esclarecedor, como veremos de seguida e parece ser mais fortemente adoptado em publicações Europeias do que Americanas.

Autores como Ungvari, Roberge e Reifler^[48, 115, 116] anunciam o termo como um equívoco, sendo a origem da discórdia muito divergente. As contestações focam o desajuste entre a figura literária (cf. Introdução) e os principais critérios definidos para a atribuição do termo, que não retrata de forma fiel este fenómeno. As considerações produzidas estão relacionadas com vários factores: (i) a inexistência de provas de que os indivíduos com diagnóstico de SD tenham escolhido viver assim de forma livre (o isolamento não parece marcado pelo desejo de auto-suficiência mas pela desconfiança e rejeição do mundo exterior^[6, 17]); (ii) o não cumprimento de critérios percebidos como centrais quando se analisa a vida do filósofo (e.g. ele não se isolava, não recusava ajuda nem apresentava conduta acumuladora)^[3, 21] e, finalmente; (iii) o facto de a denominação não reconhecer a extensão do problema e o elevado grau de heterogeneidade encontrado no fenómeno^[116], o que poderá tornar o termo obsoleto para a sua análise e tratamento^[117]. Foram até sugeridas figuras literárias como Plyushkin e Havisham^F que parecem levantar menor oposição^[17], contudo, estes acabariam por não ser adoptados.

Os autores que adoptam a designação “SD – Síndrome de Diógenes” respondem às críticas descrevendo-a como uma denominação flexível para dar “voz” a uma variedade de distúrbios sociais, físicos e psiquiátricos que se combinam, por se tratar de um termo de forte impacto que permite dar visibilidade ao fenómeno. Para Clark e colaboradores (1975) não foi uma atribuição perfeita, no entanto, a maioria dos casos apresentam um dos principais traços da vida do filósofo, a rejeição dos costumes sociais^[118].

Apesar do aparente desacordo, todos os autores que retratam o fenómeno reconhecem o potencial para a sensibilização e consciencialização de profissionais e da sociedade que este termo

^F Ambos são personagens fictícias. A primeira de um romance de Nicolai Gogol (“*Dead Souls*” em 1842) que retrata um fazendeiro com comportamentos peculiares, de onde se destaca a acumulação compulsiva e a negligência habitacional extrema. A segunda de uma novela de Charles Dickens (“*Great Expectations*” em 1861) que retrata uma solteira rica, que morava numa mansão em ruínas e que vivia em clausura auto-imposta.

apresenta ^[40], e se não o adoptam como referencial acabam por empregá-lo como sinónimo nos seus trabalhos.

É de salientar que a Síndrome de Diógenes não consta nos principais sistemas de classificação, o DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)^[119] e a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Esta ausência nos sistemas de classificação não é sinónima do não reconhecimento da Síndrome no meio científico e do seu forte impacto social, significa, no entanto, que é um fenómeno em estudo que carece de evidências científicas fundamentadas que ajudem a enquadrar e a definir melhor esta condição.

Serão seguidamente apresentados os resultados da análise de 67 relatos de Síndrome de Diógenes, presentes na literatura. Os dados serão apresentados seguindo a segmentação categorial explicitada anteriormente. Será produzida, também, ao longo da exposição dos resultados, uma análise reflexiva proveniente da combinação da informação presente na casuística, em contraponto com os dados e as conjecturas abordadas na generalidade dos documentos examinados, para assim se produzir uma síntese de evidências sobre os dados validados em observações científicas anteriores e reflectir sobre os possíveis resultados controversos.

3.2. Informação sócio-demográfica

3.2.1. Idade e estado civil do sujeito na avaliação

Os relatos de Síndrome de Diógenes apresentam descrições de indivíduos entre os 22 e os 92 anos de idade, dados que corroboram a literatura na qual o fenómeno é reconhecido como não restrito à população idosa ^[17, 120], embora seja indubitavelmente mais referenciado em pessoas mais velhas. A média de idade nos relatos de caso ronda os 69 anos, um resultado inferior à média de idades reportada na generalidade dos estudos que se situa entre os 70 e os 80 anos ^[2, 5, 21, 30, 76]. Embora a idade não varie expressivamente em ambos os sexos, ser mulher adquire especial importância neste fenómeno (predominância em 2/3 dos relatos), porém não é incomum encontrar referências que mencionam a reduzida expressão desta diferença ao ter em conta os desequilíbrios latentes nas etapas finais da vida, com o aumento de mulheres com idade avançada, viúvas, sozinhas e vulneráveis ^[1, 18, 121]. Dos 52 casos que identificam o estado civil sobressaem os solteiros (44%) e os viúvos (25%) em detrimento dos casados (17%) e divorciados (14%). Os primeiros dois grupos apresentam uma média de idade que ronda os 70 anos; já os divorciados e os solteiros apresentam uma média de 60 anos.

Na totalidade dos relatos de caso 84% são idosos, dos quais 21% são muito idosos, com um pico de relatos em torno dos 70 anos. Alguns estudos que apresentam séries de casos validam este achado, no entanto, num estudo em Londres (2000) que compreendeu 81 indivíduos visitados por serviços de limpeza de uma autoridade local, 51% eram menores de 65 anos, predominantemente homens, a viver sozinhos.

Embora os dois primeiros dados descritos no estudo não corroborem os achados (maioritariamente homens e menores de 65 anos) também não os invalidam por se tratar de um estudo com especificidades quanto ao método de recolha de casos, ao fenómeno analisado (pessoas que vivem em miséria domiciliar, podendo não corresponder a casos de SD), e ao local do estudo, uma vez que a apresentação do fenómeno pode variar segundo o contexto (caracterização sócio-demográfica da população, cultura enraizada na população, etc.).^[22] Percebe-se que, embora a SD não possa ser considerada como uma síndrome estritamente geriátrica, esta afecta marcadamente esta população.

3.2.2. Condições Habitacionais

Segundo Pérez a habitação “... es para todas las personas un bien de primer orden, cuyo significado excede de lo meramente económico; desempeña un conjunto de funciones relevantes y es el marco en el que transcurre una parte importante de nuestro tiempo vital”^[29] e, para além disso, “... interactúa con las características físicas de sus habitantes, erigiéndose en entorno facilitado u obstaculizador del desarrollo de las funciones básicas de la vida cotidiana...tiene además una dimensión social e incluso simbólica...”^[29], de tal forma que se percebe a imprescindibilidade de se analisar o contexto residencial nos relatos de caso, pelas particularidades que se apresentam na SD.

Relativamente ao tipo de habitação, a análise efectuada revela uma omissão global desta condição, sendo apenas referida em 23 relatos. Contudo, na informação disponível, viver em apartamento e em meio urbano foi um dado relevante para a sinalização, verificando-se em 74% dos casos que identificam esta informação. Em cerca de 80% dos relatos observam-se os seguintes comentários sobre a habitação: “deterioração marcada”; “insalubridade extrema”; “inabitável”; “em condições infra-humanas”; “imunda”; “desorganizada”, sem contudo haver referência explícita a graves deficiências quanto a condições elementares de habitabilidade⁶. Os restantes 20% de relatos de caso sem descrição são relativos a indivíduos que vivem na rua (1), que não permitem visitas (3), que possuem o apoio e o controlo de familiares com quem co-habitam (4) ou que não disponibilizam qualquer informação relacionada (4). A deterioração das condições de vida resultantes da insalubridade parece depender, sobretudo, do comportamento individual, ao invés de deficiências de habitabilidade do próprio imobiliário^[66].

No que concerne às condições de habitabilidade, é de realçar a presença de excrementos humanos e/ou de animais em 33% dos relatos, a presença de animais no interior da habitação (20%) e de infestações por roedores e/ou insectos (15%). Com menor relevância, mas merecendo referência, é também a auto-privação de água canalizada ou electricidade em 16% dos casos, a acumulação de objectos e lixo que

⁶ Uma série de casos revela que 80% dos indivíduos vivem em casas com graves deficiências de habitabilidade, deterioração e com carência de serviços de apoio, geralmente como causa do seu estilo de vida. Apenas 20% vivem em vivendas adequadas, modernas e com boas condições de habitabilidade e serviços.^[21]

reduzem o espaço de vida dificultando a mobilidade no interior da habitação em 13% dos casos (sendo de salientar que em outros estudos esta situação apresenta-se em 80% dos casos ^[27]) e a degradação de compartimentos que os torna não funcionais (9%), usualmente os espaços de higiene (e.g. cozinha e casa de banho). Estas condições sanitárias são o retrato oposto dos princípios indispensáveis para o cumprimento dos critérios de salubridade habitacional e protecção da saúde pública divulgados pela comissão americana de higiene da habitação da APHA - *American Public Health Association* – em 1938 ^[122] (ver *apêndice I*), documento esse que orienta as entidades de saúde pública com a apresentação de 30 princípios de salubridade habitacional e com a identificação de requisitos específicos e métodos para que os mesmos sejam alcançados.

3.2.3. Situação Profissional e Sócio-Económica

Dos 27 casos que identificaram o nível de habilitações (tabela 1), 63% haviam frequentado formação profissional ou curso superior, 15% o ensino primário ou 2º ciclo, 15% não frequentaram o ensino formal ou eram analfabetos e 7% frequentaram o ensino especial. Em relação à actividade profissional desenvolvida (ver tabela 2), dos 47 indivíduos que tinham ou tiveram um emprego remunerado, 28% foram trabalhadores qualificados, seguidos dos semi-qualificados (11%) e dos não qualificados (9%). Sete indivíduos com diagnóstico de atraso mental foram sempre dependentes da família e nunca realizaram qualquer actividade laboral.

Tabela 1. Habilitações literárias dos relatos de caso	N=67	%
Curso profissional/nível superior	17	63%
Ensino primário ou 2º ciclo	4	15%
Analfabetos	4	15%
Ensino Especial	2	7%
Não disponível	40	

Somente 16 relatos mencionam a situação financeira, dos quais 13 declaram a posse de recursos económicos suficientes ou mais que suficientes para responder às necessidades apresentadas. Três relatos referem a insuficiência ou escassez de recursos económicos, o que segundo alguns autores pode ser visto como um critério de exclusão se a pobreza for condição importante no estilo de vida adoptado ^[84, 115]. No entanto, nestes casos a pobreza não explica a situação de miséria em que vivem uma vez que os indivíduos em causa mantiveram sempre uma atitude de recusa total de qualquer apoio social. No geral, é então referida “boa situação financeira”, “rendimento mais que apropriado”, “inúmeros bens”, “família com status económico

Tabela 2. Carreira Profissional dos relatos de caso	N=67	%
Não identificam a profissão	25	53%
Trabalhadores qualificados	13	28%
Trabalhadores semi-qualificados	5	11%
Trabalhadores não qualificados	4	9%
Sem carreira profissional	7	
Sem qualquer referência	13	

alto” e “bem sucedido ao nível profissional”. Desta forma, a Síndrome não revela ser específica a um extracto sócio-económico baixo, tal como preconizado por vários autores ^[1, 18, 123].

3.2.4. Apoio Social

Relativamente à vivência domiciliar destacam-se os indivíduos que habitam sozinhos (64%) e os que habitam acompanhados do cônjuge ou parceiro (13%) no momento da avaliação, ou até um ano antes. Ao observar a tabela 3 percebe-se que cerca de metade dos indivíduos mantêm contacto contínuo ou ocasional com algum familiar próximo, o que contraria alguns resultados apresentados que anunciam percentagens a rondar os 15% ^[21]. No entanto, manter contacto ocasional

com um familiar, conhecido ou vizinho não prognostica a manutenção de uma relação significativa com o mesmo, nem tão-pouco invalida a forte tendência para o isolamento demonstrada pela pessoa com SD. Para além disso, os relatos apresentam um total de 14 casos (21%) que vivem acompanhados pelo cônjuge, irmãos ou numa relação mãe-filha onde ambos ostentam critérios de Síndrome de Diógenes. Os autores desses relatos chegam mesmo a considerá-los como Síndrome por proximidade, mais conhecida como “*Diógenes à deux*” (diagnóstico sobre o qual serão tecidas considerações na secção 3.4.2. História de vida). Os indivíduos que mantêm algum contacto com familiares, conhecidos ou vizinhos apresentam igualmente uma forte tendência para o isolamento.

Apenas uma quarta parte dos casos (25%) subscrevia apoio social parcial para as tarefas e/ou cuidados diários, sendo a sua maioria apoio informal de vizinhos e familiares para as compras e alimentação (59%). Na casuística apenas 6 casos mencionam usufruir de serviços formais no domicílio antes da sua referenciação, sem no entanto, explicitarem o tipo de resposta social acedida. Dois casos subscrevem apoio para compras ^[58], enquanto outros dois recebem apoio para alimentação (um aufere apoio de uma “instituição de caridade” ^[66] e outro de um “serviço social” ^[5] indiscriminado). Um relato menciona ainda o apoio de uma “cuidadora social” enquanto outro descreve o “apoio semanal por paramédicos” que concilia com o serviço de uma “empregada de limpeza, dez horas por mês”. Nesta análise de casos sobressai a ausência de qualquer tipo de apoio, formal ou informal, em dois terços dos relatos. Alguns estudos mostram uma considerável variabilidade neste indicador, desde a completa ausência de apoio social (amigos, entidades religiosas, profissionais de saúde, etc) ^[87] a um grupo de indivíduos com Síndrome de Diógenes que na sua maioria recebia apoio social formal ^[22, 73].

Tabela 3. Relatos que evidenciam contacto contínuo ou ocasional com familiares		
	N=67	
	N	%
Sem contactos	14	20%
Não disponível	20	30%
Contactam com familiares	33	
<i>Cônjuge ou parceiro</i>	9	
<i>Irmãos</i>	9	50%
<i>Filhos</i>	8	
<i>Pais</i>	3	
<i>Outros</i>	4	

3.3. Detecção

3.3.1. Sinais proeminentes da SD

Na ausência de uma definição operacional *standard* da SD, que varia segundo o autor, é importante analisar nos relatos de caso a expressão efectiva dos critérios estipulados na literatura, presentes nas propostas de definição da Síndrome, de modo a perceber uma possível tendência que facilite a sua operacionalização.

Embora a SD seja relatada de forma simultânea a uma variedade de sinais e sintomas físicos e comportamentais para a atribuição desta condição, parece imprescindível a presença de pelo menos três características, ao invés de cinco, conforme referido na introdução (tabela 4):

- (i) **isolamento** como um padrão de retirada social gradual que varia desde o isolamento parcial com manutenção de alguns contactos até ao isolamento extremo com a reclusão no domicílio durante anos;
- (ii) **auto-negligência física**, que varia desde descuidos significativos visíveis a terceiros até situações que apresentam verdadeiro risco de vida pela total ausência de cuidados pessoais (higiene, saúde e alimentação);
- (iii) e finalmente, uma condição de **auto-negligência habitacional** que geralmente acompanha a auto-negligência física marcada.

Tabela 4. Características proeminentes da SD nos relatos de caso

N=67

	N	%
Isolamento	65	97%
Auto-negligência física	62	92,5%
Auto-negligência habitacional	60	89,5%
Conduta acumuladora	55	82%
Negação do problema	46	69%
Recusa total de ajuda	40	60%

Descrição comum de auto-negligência física:

- Escassa higiene pessoal (aparência descuidada com cabelos emaranhados, unhas e roupas sujas);
- Uso de camadas de roupa sobre o corpo ou roupas inapropriadas para o tempo;
- Presença de parasitas, sujidade, feridas, infecções dérmicas e/ou urinárias, e ainda odores incómodos;
- Negligência quanto a cuidados básicos de saúde revelada pela ausência de registos médicos;
- Carências nutricionais pela incapacidade de manter uma alimentação adequada.

Descrição comum de auto-negligência habitacional:

- Domicílios marcados por abandono externo ou mesmo estados de ruína (janelas tapadas, jardins mal cuidados);
- Corte de luz, água ou gás por falta de pagamento;
- Higiene habitacional precária observável;
- Acumulação de objectos e/ou sujidade que pode inutilizar um compartimentos;
- Cenário de extrema desordem, mesmo nos compartimentos mais utilizados;
- Mau odor derivado de alimentos em putrefacção e/ou presença de excrementos;
- Acumulação de animais domésticos mal cuidados;
- Presença de infestação por roedores ou insectos.

Crítérios da primeira definição sistemática da conduta acumuladora (Frost e Hartl, 1996) ^[78, 124]

- (1) aquisição e fracasso em desfazer-se de uma grande quantidade de bens que parecem inúteis ou sem valor;
- (2) espaços de convívio ou de trabalho suficientemente cheios que impedem actividades para as quais os espaços foram projectados;
- (3) sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento causado pelo comportamento de acumulação e desordem. Este critério foi mais tarde suprimido pois, outros estudos mostram que estes comportamentos possuem, geralmente, uma dimensão psicossocial diferente para as pessoas com esta conduta, podendo inclusive ser fonte de satisfação para o indivíduo.

Embora a auto-negligência habitacional pareça apresentar-se em menor proporção nos relatos de caso analisados, considera-se que este facto pode ser de fácil explicação. Dos 7 relatos de caso que não descrevem a auto-negligência habitacional, dois vivem na rua, quatro dão maior ênfase à avaliação diagnóstica em detrimento da descrição comportamental na sua apresentação e um indivíduo vive com o filho e a esposa que, possivelmente, exercem algum controlo sobre esta questão.

Relativamente à presença de **conduta acumuladora**, embora esta seja uma das características fortemente associadas à SD, não parece ser um critério determinante para o seu diagnóstico. Na verdade, embora a presença de conduta acumuladora tenha grande significância nos relatos de caso (em pelo menos 82% dos casos que a mencionam), esta pode derivar de perturbações mentais diversas como esquizofrenia, demência (dificuldades cognitivas podem incapacitar a pessoa para determinar o real valor de um objecto, ou promover a sua arrumação ^[125]), perturbações orgânicas cerebrais (e.g. distúrbios cerebrovasculares ^[96, 126]), distúrbios alimentares (e.g. anorexia nervosa), atraso mental, perturbação obsessivo-compulsiva ^[27], síndrome de Prader-Willi, síndrome de Tourette, fobia social, perturbação delirante e perturbação de personalidade ^[19, 28, 41, 91, 100, 124, 127]. Desta forma, este comportamento pode não se apresentar directamente relacionado com a SD mas com perturbações comórbidas. Na literatura científica a presença da conduta acumuladora em indivíduos com SD varia significativamente, sendo observada em 50% dos indivíduos num estudo de Lebert e em 82% num estudo de Snowden ^[20, 72].

É importante distinguir a conduta acumuladora^H na sua forma de apresentação, como **conduta activa**, pela intenção e esforço para acumular objectos sem valor ou serventia, geralmente não descuidando a higiene pessoal e ambiental de forma marcada, excepto quando o volume de objectos gera desordem grave (ausência de lógica de acumulação ou ordem), que é o que se percebe nos relatos de casos que a apresentam; ou como **conduta passiva**, onde a maioria dos indivíduos com SD se deixa invadir pelo lixo em resultado da falta de iniciativa, desmotivação ou incapacidade para descartar objectos ^[1, 125, 128]. A tabela 5 sistematiza a apresentação da conduta acumuladora activa e passiva nos relatos de caso analisados. É de salientar que alguns autores englobam os casos em que a conduta é específica a certos objectos e rotulam-nos como conduta acumuladora activa o que não parece consensual. Embora a

Tabela 5. Apresentação da conduta acumuladora nos relatos de caso				
	N=55			
	N	%	Média idade	Desvio-pad.
Activa	21	36%	61 anos	17,9
Passiva	34	64%	71 anos	11,3

^H Para Maier (2004) existem três conceitos psicopatológicos sobre a conduta acumuladora: (i) como uma compulsão ou obsessão; (ii) como um transtorno no controlo de impulsos de acumulação; (iii) como um ritual estereotipado, sem o foco num objectivo particular, através da recolha ou da aquisição, armazenagem e o não descarte de objectos ao longo da vida, sem grande esforço adicional. Estas três formas podem descrever uma conduta obsessiva e patológica, a *Syllogomania*. O autor acrescenta ainda uma quarta condição explicativa através de acumulação passiva pelo não descarte de objectos, gerada pela incapacidade de proceder à limpeza e organização do espaço, também chamado coleccionismo, causado usualmente por comprometimento físico, sobrecarga, dependências ou comprometimento cognitivo. São geralmente estas duas últimas formas de conduta acumuladora que descrevem os casos de SD. ^[28]

maioria desenvolva conduta acumuladora aparentemente aleatória alguns casos apresentam acumulação de objectos específicos, e estes encontram-se distribuídos entre aqueles que manifestam conduta maioritariamente activa ou passiva. Por exemplo, a descrição de uma idosa que acumula lixo na sua habitação (caixas de papelão, jornais e roupas) ao longo de anos e que coleciona também fios de chá, não permite inferir que se trata de acumulação activa, embora acumule objectos particulares ^[54]. Será também importante referir a evidência de que a conduta acumuladora se apresenta de modo particular em indivíduos mais jovens, nos quais prevalecem sintomas de psicopatologia diversa, que resulta numa acumulação essencialmente activa (os relatos que exibem a conduta acumuladora activa fazem referência a um início precoce, geralmente adolescência e início da vida adulta). A análise dos relatos revela, também, que a população idosa exibe uma tendência para a apresentação da conduta acumuladora passiva.

Embora a conduta acumuladora apresente grande significância no total dos relatos de caso, vários autores não a definem como critério fundamental ^[1, 2, 23, 24, 27, 129]. Contudo, os relatos que não a descrevem também não disponibilizam informação que permita inferir a sua ausência. Numa parte considerável dos casos a conduta acumuladora ajudou a identificar a síndrome, sendo vista pela generalidade dos autores como uma pista útil ^[53]. Alguns estudos têm sido realizados com foco nesta conduta, devido às diversas questões que se levantam, tendo como exemplo, se esta deve ser perspectivada como factor desencadeador da SD ou como um resultado deste complexo fenómeno e, para tal, será imprescindível aceder à perspectiva das pessoas que mantêm a conduta acumuladora, analisando as suas razões e o valor que esta conduta e os objectos têm para si. Relativamente a estas questões foram retirados dos relatos de caso analisados dados que nos permitem perceber um pouco melhor este comportamento.

Assim, embora a maioria dos casos não revele qualquer explicação para a conduta acumuladora, e aqui se pode questionar se os investigadores tiveram efectiva preocupação em perceber a óptica do indivíduo, alguns relatos revelam a crença do indivíduo como fundamento para o comportamento acumulador. Sobressaem quatro tipos de crenças: (i) a suposta necessidade económico-financeira (ex: “*she showed no shame but minimized and rationalized this fact, saying that she was trying to earn some money*” ^[49]); (ii) em resposta a uma ideação persecutória (ex: “*She stated that all of these items were to be used to defend herself against foreigners*” ^[50]); (iii) como resposta natural com base na aprendizagem social (ex: “*justifica la acumulación de objetos inservibles y alimentos perecederos que encuentra, como el producto de la sociedad consumista actual*” ^[21]); (iv) com a justificativa do valor sentimental dos objectos (“*Elle aimait conserver vêtements (particulièrement ceux de ses enfants et de son époux) et surtout des revues de mode*” ^[51] ^[5, 51]). Embora os objectos possam ter tido valor sentimental ou monetário tornam-se inúteis porque não estão organizados para serem acessíveis no meio de uma montanha de objectos ^[27].

Nesta análise reafirma-se que as pessoas com SD que apresentam conduta acumuladora possuem níveis de tolerância superiores relativamente à desordem, o que pode ser explicado pela incompreensão de que vivem num ambiente desorganizado, repleto de lixo e sujidade ^[124]. Embora esta análise de casos não

permita inferir com objectividade que a conduta acumuladora e a rejeição dos padrões habituais de higiene pessoal e ambiental sejam produto de uma reacção activa, e não apenas deterioração passiva, a verdade é que alguns autores assim a entendem. Eles mostram, inclusive, que nos casos em que os indivíduos não se encontravam perante perigo eminente a conduta acumuladora apresentava-se em si própria como uma fonte de satisfação, de promoção do sentimento de utilidade, protecção e alívio da ansiedade ^[2, 124].

Finalmente, no âmbito das descrições da SD nos relatos de caso, a **negação do problema** e a **recusa de ajuda** são também proeminentes. A negação do problema é tida como sinónimo de ausência de *insight*, com a evidência de um comportamento despreocupado. Os indivíduos dificilmente conseguem dar razões que expliquem a sua conduta ou apresentam, em alguns casos, ideias psicóticas. Ao contemplar simultaneamente a existência de um *insight* parcial, embora reduzido, esta característica apresenta-se em 79% dos casos analisados. No entanto, num dos estudos este indicador é comum a todos os indivíduos aos quais foi diagnosticada a Síndrome ^[20]. Já no que concerne à recusa activa de ajuda e rejeição de serviços, 60% fazem-no sistematicamente e 34% parcialmente, sendo que muitos dos que aceitam apoio fazem-no com uma atitude de anuência ou indiferença. Esta recusa acentuada de serviços está latente nas séries de casos presentes na literatura. Muitos autores colocam variadas hipóteses explicativas como: (i) as pessoas que apresentam grave auto-negligência são menos propensas a carecer de ajuda em actividades funcionais ^[76]; (ii) possuem personalidade independente e dominadora; (iii) a SD apresenta-se como uma forma de preservação, protecção pessoal quanto ao exterior e manutenção do controlo sobre as suas vidas ^[21, 30, 84]; (iv) mostra o descompasso entre as necessidades da pessoa com a Síndrome e as formas em que os serviços são estruturados e oferecidos, gerando numa primeira abordagem recusa de qualquer apoio ^[84]. Os relatos de caso analisados apoiam especialmente a 2ª e 3ª hipóteses, na medida em que traços de personalidade particulares caracterizadores do indivíduo, bem como o esforço que os indivíduos efectuem pela manutenção da autonomia são descritos como factores que podem influenciar fortemente a manifestação de comportamentos de recusa activa de ajuda.

3.3.2. Referenciação

A referenciação de pessoas com Síndrome SD é percebida como um enorme desafio. O grave isolamento, numa condição de vida muitas vezes à margem da sociedade, torna difícil a detecção destas situações ^[14] ou fazem-nas serem percebidas como manifestações de excentricidade pessoal. Geralmente são do conhecimento da comunidade que os referencia anos após a detecção do fenómeno e apenas perante situações de grave risco para o próprio ou para terceiros ^[2, 18].

Como é perceptível na tabela 6, na análise dos relatos de caso observam-se dois casos referenciados pelo próprio indivíduo com a Síndrome, sendo que nas séries de caso analisadas não se indentificam casos auto-referidos às entidades formais ^[87]. Ambos os casos acorriam ocasionalmente a

consultas de psiquiatria, um por diagnóstico de perturbação de personalidade paranóide e o outro pelo desenrolar de comportamentos obsessivos. No entanto, a razão das consultas não estava directamente relacionada com a SD e os indivíduos apenas apresentavam um *insight* parcial sobre o problema.

Na globalidade, os agentes de referenciação mais comuns revelaram ser os vizinhos. Este resultado levanta questões relativamente às implicações da Síndrome na comunidade geográfica (descrita maioritariamente pelos vizinhos), ao limitado papel da família como comunidade emocionalmente próxima e ao papel dos serviços de saúde e serviços comunitários. Neste âmbito, Thibault e colaboradores diferenciam estas três comunidades distintas sobre as quais a SD tem um forte impacto ^[86]. Segundo os autores, a **comunidade**

geográfica será a mais afectada pela SD porque, apesar das condições de vida insalubres destas pessoas serem normalmente alvo de reduzida atenção inicial, habitualmente, com o passar do tempo, o fenómeno estende-se para fora de casa ameaçando a saúde e segurança dos vizinhos, tornando-se assim um problema de saúde pública. No entanto, será na **comunidade emocionalmente próxima** (familiares e amigos) que o impacto da auto-negligência é susceptível de ser mais sentido, sobretudo pela probabilidade de gerar angústia perante comportamentos destrutivos. Relativamente ao **serviço comunitário**, a SD não causa impacto directo senão perante a inexistência de condições para a prestação dos cuidados necessários ^[86, 112]. Esta problemática percebe-se particularmente bem num relato de uma mulher idosa no qual os profissionais somente prestaram atenção aos sinais da SD ao verificar que o comportamento da mesma colocava em causa o tratamento às úlceras de pressão (ferida encontrada contaminada com larvas e fezes), evidenciando uma preocupação inicial do profissional de saúde centralizada, meramente, nos cuidados de urgência ^[85]. Muitos outros relatos de caso descrevem condições para a prestação de serviços que geram, inclusive, desmoralização dos serviços comunitários e recusa na prestação de serviços pelo risco latente quanto à segurança e saúde dos prestadores. As condições usualmente abordadas são a presença de infestação por insectos e outros animais, a impossibilidade de mobilidade nos diversos espaços da habitação pela acumulação de lixo e pela inutilização dos espaços de higiene, comportamentos do indivíduo que suscitam receio de agressão ou outras condições relacionadas com o estado de degradação habitacional, e que colocam em causa o funcionamento dos serviços.

Embora alguns relatórios de serviços de protecção a adultos ^[8] apontem a família, seguida dos vizinhos como os principais sinalizadores do fenómeno, os resultados da presente análise colocam em causa o papel da família neste processo. A título exemplificativo, num dos 67 relatos ^[47] é realizada a seguinte

Tabela 6. Elemento referenciador nos relatos de caso

	N=50	
	N	%
Vizinhos	28	56%
Familiares	10	20%
Serviços de Saúde		
<i>Médico de Clínica Geral</i>	8	20%
<i>Internamento</i>	1	
<i>Psiquiatra</i>	1	
O próprio	2	4%

descrição: “He has occasional contact with some family members, both in person and by letter; They do not appear to have ever expressed concerns to his doctor, to housing or to social work authorities about him.”

Na tentativa de explicar a aparente falta de preocupação por parte dos familiares são colocadas seis hipóteses explicativas, que emergem da análise descritiva dos relatos e de comentários dos seus autores:

- i | a primazia do respeito à auto-determinação e privacidade do familiar;
- ii | o sentimento de frustração após variadas tentativas de ajuda;
- iii | o sentimento de impotência, vergonha e medo em relação à excentricidade dos comportamentos do seu familiar;
- iv | a degradação da relação com a emergência de situações de conflito;
- v | a aparente despreocupação por não considerarem uma conduta patológica;
- vi | o desconhecimento do estilo de vida do familiar, uma vez que este os mantém longe da habitação, garantindo segredo quanto ao seu estado de auto-negligência;
- vii | e o desconhecimento de recursos na comunidade com domínio sobre este fenómeno.

No que diz respeito aos motivos de referenciação (ver tabela 7), verificou-se que estas decorrem maioritariamente no decurso de uma situação de urgência médica aguda ^[1, 2, 70] que contemplou, sobretudo, episódios de queda (que resultam, geralmente, em fracturas ou outras lesões), episódios de descompensação por desidratação ou outro distúrbio electrolítico com origem numa alimentação desadequada e episódios de distúrbio comportamental agudo, de que são exemplos o síndrome confusional agudo e o transtorno psicótico agudo. A segunda causa de referenciação é também suportada pela literatura ^[56], ocasionada sobretudo por queixas de vizinhos, relativas a degradação ambiental, apresentando como indicadores centrais de alerta o odor nauseabundo e ofensivo, as infestações, a insalubridade percebida externamente e o risco de incêndio. Os comportamentos desviantes são também entendidos como uma causa significativa de referenciação ao englobar acções que causam receio e mal-estar aos demais, tal como auto-negligência pessoal marcada e a conduta acumuladora.

Embora sendo uma causa de referenciação pouco significativa, não é invulgar o relato nos meios de comunicação social de situações de descoberta de cadáveres no domicílio, muitas vezes anos após o seu falecimento, devido ao isolamento marcado a que os indivíduos com a Síndrome estão sujeitos. Nos três

Tabela 7. Motivos de referenciação nos relatos de caso N=47		
	N	%
Urgências		
<i>Queda</i>	6	38%
<i>Não identificado</i>	6	
<i>Descompensação</i>	5	
<i>Distúrbio comportamental</i>	1	
Degradação ambiental	15	32%
Comportamentos desviantes	7	15%
Morte	3	6%
Declínio funcional	1	2%
Internamento da cuidadora	1	2%
Perigo de incêndio	1	2%
Roubo	1	2%

casos identificados, a sinalização derivou da ausência prolongada dos indivíduos e do odor dos corpos em putrefacção ^[6]. O diagnóstico de Síndrome de Diógenes foi apresentado por equipas forenses perante a análise do cadáver, do estilo de vida e da condição em que os indivíduos viviam, pela observação do estado de extrema negligência das habitações e através de informação disponibilizada por pessoas de referência.

Apreciando o processo de sinalização, a principal entidade civil contactada revelou ser o Serviço de Saúde, através do internamento e da consulta médica, bem como o Serviço de Saúde Mental (ver tabela 8). Mais de metade dos casos contactaram primeiramente com serviços de saúde, sendo posteriormente encaminhados para os serviços sociais. No entanto, alguns casos (pelo menos 15%) relatam o conhecimento prévio que os serviços sociais e as autoridades locais possuíam, mesmo antes de serem identificados como auto-

negligentes, uma vez que a Síndrome causa efeitos deletérios nas condições de vida dos próprios e da comunidade envolvente, que é fortemente afectada pelo fenómeno ^[112]. A ausência de esforços para intervir na avaliação e na melhoria da situação de vida das pessoas com Síndrome de Diógenes, particularmente os idosos, pode ser explicada pela recusa activa do indivíduo em usufruir de qualquer serviço oferecido, pelo não reconhecimento da Síndrome pela sociedade civil e, eventualmente, pelo desconhecimento de boas práticas na gestão deste tipo de casos.

É ainda de mencionar a taxa de referenciação anunciada em diversos estudos que varia entre 0,5 (estudos desenvolvidos no Reino Unido) ^[2, 73] e 1,7 (estudo desenvolvido em Espanha) ^[21] por cada 1000 pessoas idosas admitidas em serviços hospitalares e /ou serviços psiquiátricos. Embora na literatura os termos “taxa de referência” e “incidência” sejam, por vezes, utilizados como sinónimos não o são, uma vez que o termo “incidência” induz uma percepção da totalidade de casos de SD, que compreende os que são alvo de referenciação e “diagnóstico formal”, e os que nunca chegam a ser do conhecimento do sistema formal de apoio social e de saúde. Relativamente à incidência anual da SD, apenas um estudo publicou uma estimativa para a área geográfica abordada pela investigadora (de aproximadamente 5,2 em cada 1000 idosos, considerada uma taxa de prevalência mínima, susceptível de ser notavelmente mais elevada ^[72, 112]). Desta forma, a incidência da SD é ainda desconhecida pela inexistência de estudos cujo desenho permita averiguar ou quantificar a prevalência estimada da SD na população geral ou mesmo na população psiquiátrica.

Tabela 8. Entidades sinalizadas nos relatos de caso **N=51**

	N*	%
Saúde		
<i>Internamento e/ou consulta</i>	27	66%
<i>Serviço de saúde mental</i>	15	
Social	16	25%
Polícia	6	9%

Observação* Valores não cumulativos. Um mesmo caso pode apresentar descrição de sinalização a uma ou mais entidades civis às quais foi efectuado contacto primário e encaminhamento.

3.4. Nosologia, avaliação e “diagnóstico”

A análise nosológica, relativa ao estudo da etiopatogenia compreendida na Síndrome de Diógenes não é unânime. Foram, até à data, produzidas diversas teorias potencialmente explicativas que não apreendem o complexo fenómeno, no entanto, o modelo representativo da SD, apresentado na figura 3, pode ser útil na análise dos resultados da presente revisão. Este evidencia a acção de factores sociais, biológicos e psicológicos sobre os indivíduos que desenvolvem a SD. Destaca-se a influência de **factores predisponentes** - a longo prazo, como traços de personalidade pré-mórbidos ou estados psicopatológicos que surgem em idades precoces e vulnerabilizam o indivíduo; e de **factores precipitantes** - a curto prazo, como factores de stress e psicopatologias que marcam situações de ruptura e o início da apresentação de comportamentos desviantes. O diagnóstico da SD é atribuído quando este processo origina a manifestação dos critérios, resultando em declínio cognitivo, social, físico e/ou funcional ^[38].

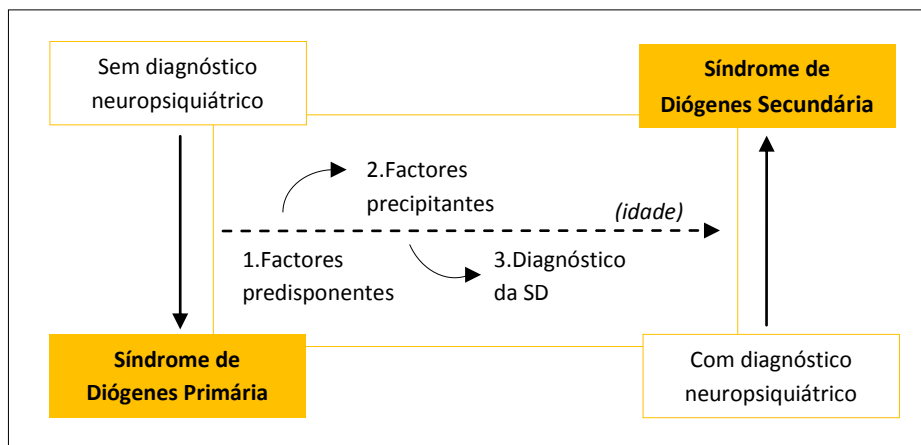


Figura 3. Modelo representativo da Síndrome de Diógenes

(adaptado do esquema “Preventive approach to self-neglect syndrome” de Reyes-Ortiz, presente numa carta ao editor intitulada “Self-neglect as a geriatric syndrome”, em 2006)

Será também importante apresentar um dos referenciais reconhecidos que distingue entre SD primária ou intencional e a SD secundária ou não intencional. Os autores que fazem esta distinção caracterizam o fenómeno segundo o grau de intencionalidade comportamental ^[32, 38]; no entanto, esta definição é alvo de alguma contestação, uma vez que alguns autores rejeitam que a apresentação da SD possa ser verdadeiramente intencional e, no caso de estarmos perante uma situação assim, depreendem que esta não faça parte do fenómeno em estudo.

Desta forma, utilizar-se-ão os critérios de Clark e colaboradores (1966), alvos de maior consenso, para distinguir entre estes dois padrões da Síndrome. Assim, ter-se-á como **SD secundária ou sintomática** o fenómeno que coexiste com uma apresentação psicopatológica (condição subjacente e clinicamente

avaliada com declínio cognitivo significativo ou doença psiquiátrica), que possa ter influência directa no comportamento do indivíduo com a Síndrome, ao prejudicar a capacidade de decisão e ao despoletar um estilo de vida auto-negligente. Por sua vez, **SD primária ou pura** encontrar-se-á relacionada com uma atitude hostil perante o mundo, sem contudo ser observada psicose ou outro tipo de manifestação ou disfunção psicopatológica que possa justificar um ou mais comportamentos associados à SD. Esta poderá ser explicada com base na interacção entre traços de personalidade pré-mórbidos, desenvolvidos ao longo da vida (que geralmente se caracterizam por respostas mal adaptativas ou disfuncionais), a manifestação intencional de um estilo de vida, de uma escolha individual ou de um desejo associado ao final de vida (como seja o isolamento extremo e a recusa de qualquer ajuda na tentativa de manter o controlo como resultado de um receio associado com a institucionalização) e um possível declínio cognitivo leve, consistente com a idade ^[2, 18, 24, 27, 32].

Seguidamente são apresentados os principais resultados da análise casuística para a apreciação dos factores predisponentes, precipitantes ou meras condições/doenças sobrepostas.

3.4.1. Antecedentes psiquiátricos

No estudo dos antecedentes psiquiátricos importou analisar a informação inicial acessível aos profissionais antes da realização de qualquer tipo de avaliação. O número de casos que não dispõe de informação quanto a antecedentes psiquiátricos é elevado (58%) e pode indiciar uma falha na recolha da história clínica e psiquiátrica (e.g. pela dificuldade em aceder à informação ou pela inatenção dos profissionais quanto a esta questão), uma vez que posteriormente (cf. 3.4.3.) se verifica uma maior incidência de algumas das sub-categorias descritas na tabela 9, como a esquizofrenia. As sub-categorias que mais se destacam são, sobretudo, a perturbação depressiva major (compreendida como factor precipitante) e a esquizofrenia (compreendida como factor predisponente), que serão abordadas em maior detalhe nesta secção.

Tabela 9. Antecedentes psiquiátricos relatados nos casos		N=67
Com antecedentes		16
<i>Familiares (neoplasia cerebral, suicídio, alcoolismo, conduta acumuladora)</i>		3*
<i>Perturbação depressiva major</i>		6*
<i>Esquizofrenia</i>		5*
<i>Outros: atraso mental, perturbação de personalidade, cleptomania</i>		4
Sem antecedentes		12
Informação não disponível		39
Observação * Dois casos foram incluídos em dois tipos de antecedentes.		

3.4.2. História de vida

Na análise da história de vida obtiveram-se dados singulares (ver tabela 10). Utilizando a linha interpretativa de alguns dos autores dos relatos de caso, os processos de perda (de pessoas próximas, do

estatuto social de trabalhador, do vigor físico e da própria imagem) e outros factores stressantes, acentuados na velhice, actuam como estímulos adversos, vulnerabilizando o indivíduo e tornando-o mais sujeito a **comportamentos de ajustamento negativos** (i.e. mal adaptativos), podendo gerar estados de **desmoralização** ^[1, 2, 6, 87], descritos como uma forma proeminente de angústia em que predominam sentimentos de desesperança, inutilidade e impotência, que não deve, no entanto, ser confundida com depressão ^[87].

Esta hipótese tem sido estudada no âmbito da psicogeriatrica, sendo útil apresentar algumas condições implicadas neste tipo de respostas pouco eficazes, que embora não expliquem a SD, pois descrevem um processo muitas vezes associado ao envelhecimento normal, podem ser observadas como factores intervenientes do complexo fenómeno que é a SD. Estes comportamentos de ajustamento negativos podem ser ocasionados pela associação de três condições: (i) a perda de reforço positivo para a manutenção dos padrões sociais com o avançar da idade (e.g. com a perda de entes queridos, com o declínio dos sentidos, com a perda de reforços sociais); (ii) o declínio da variedade e eficácia de respostas comportamentais disponíveis; (iii) a diminuição da capacidade de resolução de problemas devido a dificuldades cognitivas e na compreensão de um problema ^[64]. Esta situação é também explicada pela **redução de factores protectores** (e.g. competência psicossocial adequada), que pode tornar o indivíduo mais susceptível à vivência de situações de ruptura, ocasionadas por factores de stresse.

Na análise da casuística é perceptível a influência que determinadas mudanças sociais significativas manifestam na SD marcando, muitas vezes, os seus primeiros sinais ^[26]. É visível que a **perda de pessoas próximas**, à qual está fortemente associada a viuvez e o luto patológico, é identificada como o principal evento negativo que condiciona alterações significativas de vida, gerando solidão e isolamento. Este dado foi já pioneiramente notificado por Clark e colaboradores no primeiro estudo sobre SD ^[1].

Tabela 10. Possíveis factores de risco obtidos na história de vida dos relatos de caso

N=67

	N*	%
Eventos stressantes de vida		
<i>Perda de pessoas próximas</i>	30	45%
<i>Coabitar com pessoas auto-negligentes</i>	11	16%
<i>Reforma</i>	8	12%
<i>Mobilidade comprometida</i>	7	10%
<i>Situações violentas e traumáticas</i>	7	10%
Personalidade pré-mórbida	27	40%

Observação * Valores não cumulativos. Um mesmo caso pode descrever mais de 1 factor.

A “**Síndrome de Diógenes por proximidade**” ^[94], designada também como *Diógenes à deux* ^[58], encontra-se presente em 16% dos casos (i.e. relativo ao segundo factor referenciado na tabela “coabitar com pessoas auto-negligentes”) e correspondem a dois pares de irmãos, três casais e uma mãe dependente que vive com uma filha cuidadora auto-negligente. Nestes casos, a apresentação da Síndrome é partilhada entre os familiares que co-habitam juntos, tendo, no entanto, origem em apenas um dos indivíduos. Geralmente, o familiar que não apresenta a SD desiste da tentativa de conter os comportamentos do

cônjuge ou irmão que se manifestam, sobretudo, numa situação de auto-negligência extrema. A busca de ajuda é muitas vezes sonhada pela desmoralização a que estes indivíduos estão sujeitos, causada pela marginalização e isolamento social em que vivem ^[87]. Nestes casos estão implicados uma série de stressores e os indivíduos que não apresentam SD podem tomar posturas diversas, desde um comportamento de indiferença quanto ao estado de miséria e negligência do ambiente que os rodeia, até à reprodução dos comportamentos desviantes do familiar, pela observação contínua de comportamentos desadequados. Nestes relatos de presumida SD em pares, é perceptível a dificuldade na detecção do indivíduo que se apresenta como foco do problema no par ^[58, 60, 62, 86]. Os únicos relatos de caso que não evidenciam esta dificuldade são aqueles que descrevem uma situação de dependência em relação a um cuidador auto-negligente, pela facilidade com que se percebe a origem do problema (comportamento auto-negligente do cuidador *versus* dependência do receptor de cuidados) ^[14, 94, 97]. No entanto, alguns autores referem que nesta última situação parece estar presente uma forte dificuldade na detecção do que se considera uma situação de negligência e/ou mau-trato, bem como uma apresentação com consequências mais sérias e graves, principalmente para os indivíduos dependentes de cuidados. Contudo, não existem estudos nem registo de casos suficientes que permitam este tipo de generalização ^[34, 130].

Alguns dos dados que ressaltam da análise dos relatos de SD por proximidade são: (i) um dos indivíduos apresenta traços de personalidade dominadora e o outro traços de personalidade dominada, adoptando uma postura de subjugação ^[58, 60]; (ii) um dos indivíduos apresenta algum *insight* sobre a situação, mas recusa qualquer ajuda, o que deriva essencialmente do constrangimento e vergonha pela situação em que vive e/ou do sentimento de protecção para com o seu par ^[62]; (iii) situação de dependência de um cuidador auto-negligente que se pode traduzir num problema de abuso a idosos ^[94].

A presença de **traços de personalidade específicos** foi também identificado como um factor predisponente da SD, com forte impacto. Nestes casos os dados não possibilitam a atribuição de um diagnóstico particular de perturbação de personalidade, no entanto, considera-se a presença de um padrão comportamental pautado por independência, hostilidade, teimosia, obstinação, desconfiança, reserva, instabilidade emocional e tendência para a distorção da realidade. Geralmente, estes traços dificultam a vida social compelindo ao isolamento, promovendo dificuldade de adaptação, recusa em manter relações sociais e misantropia. Alguns autores consideram, assim, que traços de personalidade pré-mórbidos desempenham um papel essencial na patogénese da Síndrome ^[1, 2, 24], e inclusivé como factor indispensável para o diagnóstico da SD ^[21, 51]. A observação de traços de personalidade pré-mórbidos de carácter patológico é descrita em 40% dos relatos de caso.

3.4.3. A SD e a coexistência de perturbações mentais

Na análise da avaliação neuropsicopatológica descrita nos relatos identificam-se diversas condições, perturbações ou doenças mentais que se apresentam de forma concomitante em 68% dos casos avaliados (42 em 62 relatos alvos de avaliação). O resultado da análise casuística atribui um terço dos relatos à SD primária, que nas séries de casos apresentadas na literatura varia entre 30% a 75% [15, 21, 38, 63]. Será importante realizar uma análise pormenorizada a cada possível factor, uma vez que estes podem tomar o lugar de factores predisponentes, precipitantes, condições concomitantes sem relação directa com a SD ou até como resultado do complexo fenómeno.

Tabela 11. Perturbações mentais diagnosticadas nos relatos de caso N=67

	N*	%
Demência cortical:	13	
<i>Frontotemporal</i>	7	19%
<i>Outro tipo ou não determinada</i>	6	
Perturbação obsessivo-compulsiva	10	15%
Perturbação da personalidade	10	15%
Perturbação delirante	8	12%
Atraso mental	7	10%
Perturbação depressiva major	7	10%
Abuso de substâncias (álcool/droga)	6	9%
Esquizofrenia	5	7%

Observação * Valores não cumulativos pois um mesmo caso pode apresentar descrição de um ou mais diagnósticos neuropsicológicos.

Pela observação dos resultados (ver tabela 11) entende-se que a **demência cortical** diagnosticada em 19% dos relatos analisados, e em especial a demência resultante de uma **disfunção frontotemporal**, apresenta relevante expressividade nos relatos. A hipótese de que a demência, principalmente a frontotemporal, que se afigura usualmente como um transtorno pré-senil, com início entre os 50 e os 65 anos, é entendida por alguns autores como o principal factor explicativo da sintomatologia da Síndrome nos indivíduos que apresentem este diagnóstico [4, 15, 17, 20, 33, 51, 52, 66, 103, 131-133]. Os lobos frontais e o córtex pré-frontal são a zona cerebral que permite elaborar, controlar e adaptar comportamentos. Dessa forma, uma disfunção neuropsicológica nesta área causa geralmente um desajuste, uma inadequação de comportamentos em relação às convenções sociais [66]. Muitos dos comportamentos característicos da SD são assim partilhados pela demência frontotemporal^l. Destacam-se a impulsividade, falta de visão e de iniciativa com prejuízo do pensamento abstracto, auto-negligência e comportamento acumulador (como resultado de apatia ou da alteração das funções executivas^j com disfunção ou desinibição do instinto

^l Segundo alguns autores este tipo de demência encontra-se normalmente associada a um diagnóstico diferencial inicial de Alzheimer. O que a distingue da demência do tipo de Alzheimer é a apresentação inicial de comprometimento da capacidade cognitiva e das funções executivas, mantendo a memória relativamente preservada. [33]

^j Disfunção executiva é um conceito associado ao de autonomia executiva e capacidade funcional prática, estando relacionada com a função cognitiva e motora necessária para colocar em prática uma decisão. O envelhecimento normal tem sido associado a disfunção executiva, intimamente relacionada com o prejuízo funcional global que resulta

primitivo de recolha e acumulação ^[126]), incapacidade de apreciar as dificuldades pela redução da capacidade de discernimento, e até ideias delirantes ^[20, 50, 51, 123], no entanto, geralmente os indivíduos com este diagnóstico não apresentam atitude hostil, de suspeita nem desconfiança ^[20].

Será importante reflectir na discrepância entre o resultado desta análise (diagnóstico de demência cortical em 19% dos casos) e o resultado de outros estudos que evidenciam uma maior prevalência de demência em indivíduos com SD, entre 35% e 44% ^[72, 73], podendo indiciar o seu sub-diagnóstico pela ausência de uma avaliação mental adequada e sensível.

A segunda perturbação psiquiátrica mais vezes descrita foi a **perturbação obsessivo-compulsiva (POC)**. Geralmente, a literatura sobre a SD aborda a POC como desencadeadora de uma conduta acumuladora, no entanto, esta entidade diagnóstica abrange ao todo quatro subgrupos de sintomas: (i) POC de agressão, de teor sexual e religioso; (ii) POC de simetria e repetição; (iii) POC de descontaminação; (iv) POC de acumulação e poupança ^[124]. Esta tendência de associar a POC à conduta acumuladora quando se fala de SD poderá ser explicada pelo prejuízo que uma POC de acumulação representa na vida de um indivíduo, e que pode, num estágio final motivar o diagnóstico de SD ^[17]. No entanto, a literatura analisada sugere que em várias perturbações psiquiátricas a conduta acumuladora não resulta nem de uma compulsão nem de um transtorno do impulso de acumulação (associado à demência frontotemporal), sendo simplesmente “actividade motora, sem claro objectivo, um ritual estereotipado” ^[28]. De facto, o resultado sustenta a afirmação pela escassa relevância que tanto a perturbação orgânica frontotemporal (10% na totalidade dos relatos) como a perturbação obsessivo-compulsiva (15%, dos quais apenas 6% são relativos a conduta acumuladora – subgrupo iv) tomam neste estudo de casos. Dos 15% de relatos que apresentam uma perturbação obsessivo-compulsiva diagnosticada, 7% apresentam uma POC de descontaminação, 6% uma POC de acumulação de objectos e 1% uma POC de repetição (limpar-se compulsivamente, mantendo no entanto uma higiene pessoal e habitacional muito precária).

A **perturbação de personalidade** é um outro diagnóstico comumente apresentado em indivíduos com SD ^[88]. É importante ter em conta que a fronteira entre o diagnóstico de uma perturbação de personalidade ou a apresentação de personalidade com traços pré-mórbidos não se encontra muito clara no DSM-IV-TR ^[119]. De acordo com alguns autores existe uma lacuna nos manuais de diagnóstico, uma vez que incidem sobre os sinais e sintomas apresentados por indivíduos jovens. Segundo eles, muitos desses critérios não são apropriados à população idosa, podendo ocasionar tanto o sub-diagnóstico como o sobre-diagnóstico ^[100, 104], o que é perceptível na análise de relatos. No entanto, os relatos de caso que apresentam um diagnóstico de perturbação de personalidade (15%, maioritariamente do tipo esquizóide, paranóide ou misto), aproximam-se de resultados divulgados noutros estudos. Por exemplo, num estudo de Snowden (2010), onde 120 indivíduos com auto-negligência severa foram alvo de avaliação, apenas 11%

numa visão prejudicada que limita a capacidade de resolver problemas, planear metas e executar decisões, e por conseguinte pode explicar a existência de “SD” primária. ^[32]

apresentavam uma perturbação de personalidade ^[72]. Existem algumas reservas quanto à verdadeira implicação da perturbação de personalidade na evolução da SD, uma vez que o DSM-IV-TR descreve a perturbação de personalidade como um padrão persistente e estável ao longo do tempo, com um início remontando à adolescência ou início da idade adulta e que nada condiz com a idade de diagnóstico da SD. No entanto, analisando o decurso normal desta perturbação mental percebe-se que tendencialmente estabilizam ou sofrem uma melhoria com a idade ^[104, 115] e a partir dos 50 anos pode dar-se um aumento da patologia, principalmente pela influência de factores stressantes relacionados com a idade. Desta forma, a implicação que a patologia tem na vida do indivíduo pode explicar o desenvolvimento da SD, geralmente associada a vários factores precipitantes.

A **perturbação delirante** é o terceiro diagnóstico psicopatológico mais comum, tal como num outro estudo onde este se verificava em 7,3% da amostra ^[77], sendo muitas vezes confundido com esquizofrenia. O resultado da análise dos relatos de caso é ligeiramente superior, revelando estar presente em 12% dos relatos. O tipo de perturbação delirante mais referido nos relatos foi o persecutório, que motiva o isolamento social marcado.

Segue-se o **atraso mental** (deficiência mental segundo o DSM-IV-TR), que afecta 10% dos casos relatados. É o diagnóstico de um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações expressivas no funcionamento adaptativo na vida diária. Estes indivíduos apresentam uma média de idade neste estudo de 54 anos, o que se considera uma apresentação precoce da SD. Perante o atraso mental significativo, coloca-se em causa o diagnóstico da SD, uma vez que o atraso mental poderá só por si explicar parte dos comportamentos associados à Síndrome. Apresenta-se como um diagnóstico fortemente relacionado com incapacidade de manter uma vida independente, explicando a auto-negligência severa apresentada, bem como outros comportamentos associados.

Foi encontrada também uma referência significativa à **perturbação depressiva major**, que afecta igualmente 10% dos casos analisados. É relevante mencionar que na avaliação inicial os autores dos relatos de caso inferiram a presença da perturbação depressiva major num número mais elevado de casos, no entanto, após um diagnóstico pormenorizado foi eliminada esta hipótese diagnóstica em alguns dos casos. A perturbação depressiva major é caracterizada no DSM-IV-TR ^[119] pela presença de vários sinais e sintomas como a baixa auto-estima, o humor deprimido e a perda de interesse geral (com retraimento social e negligência de actividades agradáveis), podendo apresentar também alterações significativas no apetite (redução de apetite ou avidez por alimentos específicos), atraso psicomotor, dificuldade de concentração, falta de discernimento, anedonia, entre outros. Encontra-se fortemente relacionado com factores de stress psicossocial, que são, ao mesmo tempo, factores precipitantes da SD. Um episódio depressivo é assim acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. Pode ser visto como um factor de risco para uma variedade de comportamentos associados à auto-negligência, especialmente em idosos ^[36, 89]. Mais ainda,

alguns estudos apontam para que a depressão geriátrica possa originar disfunção executiva (causa de dificuldade na execução de actividades de vida diária pela incapacidade de organizar, planificar e executar um comportamento orientado), associada a uma disfunção frontotemporal ^[36]. Embora nesta análise (tal como noutros estudos ^[72, 77, 87]) a perturbação depressiva major não possua uma significância percentual tão expressiva como a que é dada a entender em alguns estudos (numa série de casos onde, após avaliação neuropsicológica 28% dos indivíduos foram alvo deste diagnóstico ^[15, 36]) é evidente a sua relevância.

O **abuso de substâncias psico-activas** é considerado por alguns autores dos relatos um factor de risco ^[6, 16, 21, 23, 56, 58], revelando estar presente em 32% dos indivíduos observados num dos estudos ^[22]. Na casuística sobressaiu o consumo de álcool (8%). No único caso que revelou consumo de drogas químicas, o início do consumo de cocaína marcou concretamente o início da apresentação de comportamentos desviantes, explicando o desenvolvimento da SD no indivíduo mais jovem do estudo de casuística ^[23]. Metade dos indivíduos que abusam de substâncias apresentam, simultaneamente, perturbação depressiva major. Vários autores consideram que o abuso de substâncias se encontra entre os primeiros cinco possíveis factores que ocasionam alterações mentais que com maior frequência conduzem à SD, uma vez que está associado a comportamentos pobres de auto-cuidado ^[15, 18, 21, 23, 33, 36, 63, 69, 73]. Existe menção a um estudo, no qual 50% dos indivíduos com SD consumiam álcool num padrão de abuso ^[20]. O abuso de substâncias parece ser um factor precipitante da SD em alguns dos relatos de indivíduos jovens.

Por último, será indispensável mencionar outra perturbação por vezes associada, e com maior incidência em pessoas mais jovens que apresentam a SD ^[11], a **esquizofrenia**, que se encontra presente em 7% dos relatos de caso. Embora a média de idade nos relatos com esta psicopatologia ronde os 65 anos este problema mental tem início precoce, geralmente antes dos 30 anos ^[5, 16, 19, 21, 63]. Segundo o DSM-IV-TR a esquizofrenia evidencia uma variedade de sinais e sintomas particularmente relacionados com o diagnóstico de SD, desde o isolamento social, a perda de interesse em vários âmbitos de vida, dificuldade em tomar decisões e resolver problemas, deterioração significativa da higiene e cuidados pessoais, e ainda a apresentação de um comportamento atípico, hostil e desconfiado. Desta forma, a esquizofrenia é relacionada com frequência na literatura sobre a SD ^[4, 15, 18, 19, 21, 23, 33, 69] e, inclusive, relatada entre as três perturbações cognitivas mais prevalentes na SD ^[72, 87].

Nesta análise verificou-se que a existência de um diagnóstico neuropsicológico alerta os profissionais para subtis sinais de risco, no entanto, as patologias ou desordens particulares não parecem suficientes para explicar de forma integral o declínio dos padrões sociais, pessoais e outras condutas descritas ^[5, 41, 103], pela complexidade afecta a este fenómeno.

3.4.4. Comorbilidades físicas, orgânicas e metabólicas

Os resultados seguintes devem ser interpretados com cautela, uma vez que apenas 61% dos relatos fazem referência a uma avaliação física, não se podendo concluir que influência possui a SD na apresentação de uma comorbilidade física e/ou que consequência esta pode acarretar na Síndrome, como possível **factor precipitante** ou **perpetuante**. No entanto, destes relatos, 95% evidenciam a presença de uma ou mais comorbilidades, com uma média de duas comorbilidades físicas descritas por relato de caso.

O **distúrbio nutricional** assume um papel de destaque nesta análise, incluindo deficiências nutricionais múltiplas como estados de desnutrição, desidratação, perda brusca de peso e distúrbios electrolíticos, geralmente anemia ou outros défices (ferro, folato, vitamina B12, C e D, cálcio, proteínas, potássio, glicemia), originados por carência alimentar e consumo muitas vezes limitado a certo tipo de alimentos (e.g. doces e refrigerantes ^[4, 8, 21]). A notoriedade deste diagnóstico (afecta metade dos indivíduos idosos com diagnóstico de SD em alguns estudos ^[87]) é partilhada por diversos investigadores que a definem como uma consequência da SD, da fragilidade a que ela predispõe ^[1, 2, 4, 5, 8, 13, 15, 38, 87, 88, 91, 93]. A presença de um distúrbio nutricional parece apresentar-se segundo um efeito cíclico como consequência e como causa de deterioração comportamental na SD, pois esta comorbilidade fragiliza o estado de saúde, podendo limitar a capacidade de execução de actividades, tal como o factor que se segue.

O **comprometimento significativo da mobilidade** (ao qual não se pode desassociar a influência de limitações físicas e sensoriais, sobretudo o défice visual), que explica parte do declínio funcional nas AVD's, foi o segundo diagnóstico mais comum (19%). Apresenta-se, sobretudo, através de comorbilidades como a artropatia degenerativa e em resultado de quedas. Num estudo sobre a presença de défice funcional físico em indivíduos idosos com SD, 77,6% apresentavam défice na performance física ^[77]. O resultado da análise dos relatos de caso é inferior e algumas hipóteses potencialmente explicativas são colocadas:

- i | em muitos casos o diagnóstico foi produzido apenas por técnicas de observação;
- ii | condições médicas como a insuficiência cardíaca congestiva e a doença pulmonar obstrutiva crónica comprometem a mobilidade, contudo, os relatos não evidenciam esta relação (casos que revelam problemas cardíacos diversos não descrevem comprometimento na mobilidade);

Tabela 12. Comorbilidades físicas descritas nos relatos de caso N=67*

Distúrbios nutricionais	16
Mobilidade comprometida	13
Úlceras/infeções dérmicas	11
Problemas cardíacos	6
Pneumonia	4
Cancro/tumor	4
Hipertensão	3
Hérnia	3
Infeção urinária	2
Défice auditivo	2
Estase venosa crónica	2
Síndrome mieloproliferativa	2
Doença hepática aguda	1
Bronquite Crónica	1
Hipotiroidismo	1
Obesidade	1
Hipotermia	1

Observação * valores não cumulativos.

- iii | déficit de mobilidade é uma medida pouco útil em comparação com o déficit de performance física e funcional dificilmente capturado por instrumentos de avaliação funcional ^[75].

A associação entre a SD e o declínio funcional na velhice foi explorada desde os primeiros estudos ^[134], levantando ainda hoje muitas questões, uma vez que se pode apresentar como factor precipitante da SD ao ocasionar ou exacerbar as suas características pela diminuição da capacidade para o auto-cuidado ^[15, 26, 36], e como consequência de comportamentos de risco associados à SD, como o forte isolamento social e o estado degradado do espaço de vida, sobretudo quando a acumulação de bens restringe esse espaço.

Retomando a análise da tabela 12 observa-se que, em pelo menos 16% dos relatos se verifica a presença de **afecções cutâneas** (úlceras ou infecções dérmicas) que podem ser maioritariamente explicadas pela negligência grave na higiene, presença de parasitas e sujidade, e alimentação desequilibrada. Outros estudos dão também ênfase a infecções urinárias, incontinência, doenças respiratórias, hipotermia e outras, que na presente análise casuística adquirem reduzida relevância numérica ^[1, 2, 5, 6, 8, 15, 29, 36, 77, 88].

Os diagnósticos clínicos descritos nos relatos de caso são comumente observados e tratados pelas equipas geriátricas ^[2, 77]. Pode-se inferir que, para além do 1º, 2º e 3º diagnósticos clínicos aqui destacados pela sua expressividade numérica, as restantes comorbilidades são usualmente apresentadas por idosos, não possuindo estreita relação com a SD. Todavia, convém destacar que estas comorbilidades, na sua maioria potencialmente tratáveis, são alvo de preocupação acrescida na SD, uma vez que:

- i | indivíduos com SD apresentam grave incapacidade para o auto-cuidado;
- ii | indivíduos com SD raramente procuram assistência, senão perante situação aguda e urgente ^[8];
- iii | avaliar o estado de saúde do indivíduo afigura-se como uma acção problemática e delicada;
- iv | indivíduos com SD usualmente rejeitam recursos potencialmente benéficos (e.g. cuidados de saúde);
- v | a acumulação de comorbilidades traduz-se num factor de risco acrescido para a saúde ^[19, 36];
- vi | distúrbios orgânicos e metabólicos podem exercer forte influência sobre a cognição e os comportamentos do indivíduo (e.g. cetoacidose diabética e infecções podem causar delírio que prejudica o julgamento e reduz a capacidade do indivíduo para decisões de auto-cuidado ^[30]).

Por estas razões, trabalhos anteriores expuseram que pessoas mais velhas com SD apresentam taxas elevadas de doenças ou lesões que causam hospitalização, mobilidade comprometida e aumento da taxa de mortalidade normal para a idade, como é o caso de um estudo de Gill (2009), no qual se expõe que os efeitos a curto prazo da auto-negligência na população estudada parecem elevar o risco de morte em quase seis vezes, no espaço de um ano. Esta elevação deve-se principalmente a condições médicas agudas, não tratadas, que causam emergências médicas, sendo crucial garantir o encaminhamento imediato para o diagnóstico e tratamento de indivíduos em situação de risco ^[34]. No entanto, não existem evidências recentes que mostrem uma ligação fundamentada entre estas variáveis ^[2, 38, 91].

3.5. Gestão da Intervenção

De seguida serão descritas as estratégias de intervenção privilegiadas na literatura considerada, apresentando uma síntese das principais orientações identificadas no desenvolvimento da intervenção nos relatos de caso, de forma a responder aos desafios colocados pela Síndrome.

3.5.1. Apreciação do caso

A literatura mostra a imprescindível utilidade da visita domiciliar acompanhada da análise prévia da situação de vida do indivíduo com SD^K. Esta acção permite ao profissional observar de forma orientada as condições de habitabilidade, de segurança e higiene, facilitando um meio para a confirmação do diagnóstico de SD, para a análise da extensão do problema (comorbilidades e outros factores de risco) ^[51, 112], fulcral na definição das estratégias de intervenção mais adequada a cada caso. Na análise casuística apenas 20% dos relatos dispõem informação sobre o curso da SD (desde que o comportamento do indivíduo se degrada significativamente, em consideração a um ou mais critérios relacionados com a “SD”, até ao momento da sua sinalização), sendo perceptível um curso de declínio progressivo longo, superior ao relatado por alguns investigadores (apresentam variação entre 1 a 10 anos de evolução ^[2, 18, 93]), variando entre 2 a 25 anos, com uma média de 8 anos de evolução (SD: 6,1 anos).

Foi elaborada uma análise para a contabilização dos relatos que descrevem a realização de visita domiciliar e a avaliação do estado mental. Quanto à visita domiciliar não foi possível determinar o número de casos nos quais esta foi efectuada já que a procedência da informação para a descrição da habitação nem sempre foi esclarecedora, podendo derivar de visita(s) ao domicílio, ou somente da descrição de familiares, vizinhos ou serviços de proximidade. A avaliação do estado mental dos indivíduos, por sua vez, foi nomeada em 56 relatos de caso (84%), no entanto, apenas em 4 (6%) é descrita uma avaliação neuropsicológica completa que abrange a intersecção de dados provenientes de 5 métodos: a anamnese (84% dos relatos), a análise bioquímica (36%), o uso de testes de triagem (52%), a aplicação de baterias neuropsicológicas para o estabelecimento do perfil cognitivo do indivíduo (13%) e exames de neuro-imagem (24%). A observação dos relatos revela a falta de rigor nas descrições dos mesmos, pois em alguns casos são apresentados estados do sujeito sem explicitação dos métodos de avaliação usados.

^K É importante indagar sobre os comportamentos que a pessoa apresenta e que são visíveis aos demais, factores marcantes na sua história de vida, tempo em que vive nas condições actuais, apoio social que recebe (se o recebe), relações que mantém com os vizinhos, amigos e familiares, se a pessoa vive sozinha ou acompanhada, informações sobre o seu carácter, hábitos de vida e rotinas (importantes também na decisão do melhor momento do dia para a visita), antecedentes médicos conhecidos, principais necessidades tendo em conta possível comprometimento físico e/ou cognitivo, e riscos, principalmente no que respeita ao ambiente, geralmente insalubre do domicílio (infestações, resíduos orgânicos espalhados pela habitação, presença de outros animais, risco de incêndio, etc.), que pode orientar a necessidade de os profissionais tomarem medidas de protecção extra na visita ao domicílio. ^[112]

Como forma de compreender as principais dificuldades para o desenvolvimento de uma avaliação integrada dos casos analisaram-se as considerações presentes na casuística. Os principais obstáculos referenciados foram: (i) a dificuldade no reconhecimento da SD como um problema de saúde pública ^[66]; (ii) a dificuldade em reconhecer sinais de risco em indivíduos com um estilo de vida solitário ^[17, 66] e a sua apresentação em situação de crise ^[17, 60]; (iii) a relutância e a falta de cooperação na avaliação exaustiva voluntária por parte das pessoas afectadas ^[36, 66, 112]; (iv) a referenciação de outros diagnósticos diferenciais que apresentam critérios comuns com a SD e que desencorajam uma avaliação mais pormenorizada ^[60, 130], muitas vezes pelo custo financeiro que ela acarreta ^[107]; (v) a carência de instrumentos validados de triagem e de diagnóstico da SD. Esta última apreciação revela a falta de consenso e clareza na definição conceptual e operacional da SD, percebida também na inexistência de referência à Síndrome no manual de diagnóstico das perturbações mentais (DSM-IV-TR) e na CID-10 ^[32, 60, 66]. Em resultado, foram identificados somente dois instrumentos formais relativos à SD, cuja síntese é apresentada no quadro 2, o “*Cuestionario de valoración social del Síndrome de Diógenes*” ^[21] e a “*Environmental Cleanliness and Clutter Scale*” (ECCS) ^[83]. Ambas poderão ser encontradas, na sua versão integral original ou traduzida nos anexos I e II, respectivamente.

Quadro 2. Análise de instrumentos de triagem com relação com a SD

	“Questionário de valoración social del Síndrome de Diógenes” (Pantoja, 2006)	“Environmental Cleanliness and Clutter Scale” (Halliday e colaboradores, 2009)
Propósito	I. Auxilia a detecção de situações de risco de SD em pessoas idosas solitárias e identifica o índice de gravidade da situação.	I. Avalia as condições de vida, especificamente a negligência doméstica, identificando factores de risco presentes usualmente em situações de SD.
Cotação e Pontos de	I. Apresenta 17 ítems e encontra-se distribuída em 5 âmbitos: as características pessoais, higiene corporal e ambiental, relações de convivência, situação económica e relações de apoio familiar e social. II. Uma pontuação superior a 15 pontos revela risco de SD e risco para a própria saúde.	I. Apresenta 10 ítems, cada um avaliado entre 0 e 3 pontos. É complementada com questões adicionais que permitem documentar as observações relativas à limpeza pessoal, disponibilidade de serviços essenciais, segurança estrutural e manutenção das instalações. II. Uma pontuação superior a 19 apresenta uma situação de miséria domiciliar grave.
Aplicação	I. Através da observação controlada do sujeito e do ambiente que o rodeia e através da realização de entrevista planificada à pessoa, familiares e significativos.	I. Através da avaliação objectiva e registo das observações de vários aspectos de higiene pessoal e ambiental.
Vantagens	I. Transmitem um nível de gravidade da situação e disponibilizam um meio para a verificação de alterações na situação de vida, que se reflectem no resultado da escala quando aplicada longitudinalmente.	
Desvantagens	I. Formulado para ser aplicado na população idosa. Não aborda factores de risco como a presença de doença ou perturbação mental. Os autores não expõem qualquer tentativa de validação do questionário.	I. Não avalia directamente a presença de SD ou o risco para a desenvolver, pois analisa apenas um critério para o seu diagnóstico – a auto-negligência doméstica.

3.5.2. Modalidades de intervenção

A SD afecta não só a pessoa auto-negligente, mas também as pessoas e serviços que convivem ou se cruzam com esta problemática, sendo imprescindível a avaliação do impacto que cada comportamento do indivíduo provoca em si mesmo e na comunidade^[31, 37]. Embora a literatura sobre a SD ofereça reduzido apoio na identificação de intervenções eficazes para a pessoa auto-negligente, são abordadas inúmeras questões que se colocam durante todo o processo de intervenção e acompanhamento. Alguns autores evidenciam preocupação em analisar os melhores procedimentos na gestão dos conflitos e na protecção dos direitos do indivíduo, em contraponto com os da comunidade, sobretudo quando uma intervenção que aparenta beneficiar um poderá, eventualmente, desrespeitar os princípios e direitos reservados ao outro, pela relação simbiótica que torna a comunidade susceptível de afectar a existência e a extensão da SD, e vice-versa,^[76] que se percebe no discurso de Sengspock, Thibault, e Zaranek (1999)^[86]: *“The major limits on the self-determination rights of a self-neglectful elder drive from the rights of others with whom they interact. And these rights will vary depending on the community with which they are involved”*.

Embora não existam evidências científicas baseadas em estudos de grande escala que avaliem a eficácia das respostas terapêuticas^[89], nem existam intervenções desenvolvidas especificamente para a SD^[32], a literatura revela os tipos de intervenção ordinariamente aplicados, o seu resultado e as orientações para boas práticas defendidas. No quadro 2 sistematizam-se as intervenções descritas na casuística: o internamento (45% dos relatos)^[6, 10, 18, 27, 33, 36, 50, 54, 58, 60-63, 65, 66, 86, 96, 97], o internamento com tratamento compulsivo (6%)^[5, 51, 66, 85], o tratamento farmacológico (36%)^[5, 19, 23, 26, 33, 41, 49, 50, 54, 57, 59-63, 65, 66, 93, 98, 132] e a abordagem na comunidade (33%)^[5, 7, 8, 19, 26, 36, 41, 47, 49, 50, 52, 54, 57-60, 63, 66, 96, 132], seguidamente analisadas.

Relativamente ao **internamento**, que se distingue do internamento compulsivo pela ausência de medidas jurídicas de protecção imediatas e/ou prolongadas, este é marcado principalmente pela aceitação voluntária dos cuidados por parte do indivíduo e por medidas de protecção ao se apresentar como um meio para a avaliação mental e física adequada, para o tratamento de comorbilidades mentais e físicas significativas e como forma de controlo comportamental num curto período de tempo até que as entidades civis organizem uma estratégia de intervenção integrada perante situações nas quais os comportamentos dos indivíduos se tornam um risco para si e para outros. É neste contexto de voluntariedade que qualquer intervenção apresenta maior eficácia, o que explica o reduzido benefício atribuído ao tratamento compulsivo. Embora 30 relatos descrevam uma situação de internamento, apenas 8 (12%)^[26, 36, 58, 65, 86, 97] mencionam um internamento voluntário em unidade aguda e cuidados de longa duração. Uma vez que o internamento foi também executado em casos onde a recusa do indivíduo em participar foi declarada, coloca-se em questão se parte destes casos não foram submetidos a uma medida compulsiva e desproporcional ao grau de perigo, já que nalguns deles não se percebe uma situação de risco imediato^{[8, 54,}

^{63]}. Para além da abreviada utilidade deste tipo de intervenção para desencadear uma mudança comportamental positiva no indivíduo com SD, outro grande obstáculo relativo ao internamento diz respeito à intolerância dos funcionários e dos pacientes quanto à falta de higiene destes indivíduos, principalmente se for praticado em unidades de internamento não especializadas em saúde mental.

Relativamente ao **internamento/tratamento compulsivo**, este foi efectuado em pelo menos 4 casos que o descrevem. Trata-se de uma intervenção intrusiva e potencialmente prejudicial pelas alterações comportamentais que pode desencadear quando, em prole de um grau elevado de perigo sobre o qual é essencial uma atenção médica de urgência (ou revisão médica que não pode ser organizada em casa dentro de um prazo razoável), se inibe o direito ao respeito pela autonomia do indivíduo. O internamento compulsivo apenas é fundamentado quando o perigo do não internamento excede o prejuízo que este possa causar e, sempre que possível, deve ser substituído por tratamento em regime ambulatorio.

Quanto ao **tratamento farmacológico** este é referenciado em 24 relatos, no entanto, em 8 os autores não especificam a razão do tratamento ou a prescrição realizada. Este tipo de intervenção não deve ser entendido como tratamento para a auto-negligência e SD, mas para inibir ou controlar comportamentos associados (como a conduta acumuladora ^[23, 126]) e outras comorbidades que com recorrência coexistem com a SD ^[102]. O tratamento farmacológico revela-se significativamente benéfico se combinado com outros tipos de intervenção, particularmente com uma abordagem cognitivo-comportamental na comunidade ^[115].

A **abordagem na comunidade** abrange uma diversidade de serviços descritos na casuística em 22 relatos, através de visitas domiciliárias por profissionais de saúde e de saúde mental, apoio na realização de AVD's (e.g. alimentação, encorajamento para a higiene pessoal e acompanhamento a consultas médicas), centro de dia, apoio de outras entidades da comunidade para a promoção de actividades ocupacionais e a abordagem para a segurança em casa ^[17, 112, 113]. A abordagem no domicílio pode incluir planos de limpeza e organização do espaço funcional, importantes para ajudar o indivíduo a recuperar o senso de controlo sobre o ambiente. Todas estas acções devem ser realizadas segundo um processo faseado com pequenas mudanças ao longo do tempo, que devem ser consentidas pelos indivíduos com SD, evitando possível colapso emocional, a perda de controlo e da auto-eficácia. A necessidade de limpeza deve ser orientada pelas necessidades percebidas pelos indivíduos e as suas preferências, persistindo nos benefícios de a pessoa manter um ambiente mais organizado (e.g. ao reduzir o risco de cair e manter a sua independência) ^[112]. Uma abordagem multidisciplinar na comunidade permite reduzir a ineficácia de uma intervenção fragmentada ^[107, 124] pela oportunidade que oferece para diminuir o isolamento a que o indivíduo se remete, verificar sinais de alerta no seu âmbito de vida, identificar os principais factores precipitantes, sensibilizar e solicitar o apoio e o compromisso de significativos, e para o acompanhamento e o controlo do sucesso do plano de intervenção. Embora se perceba o benefício dos serviços que se podem incluir numa abordagem na comunidade, o seu resultado depende directamente da cooperação do indivíduo com SD e do seu estado mental e autonomia, uma vez que a existência de um comprometimento cognitivo significativo impossibilita o cuidado no domicílio, na ausência de outro tipo de suporte ao indivíduo.

Quadro 3. Principais metodologias de intervenção

	Observações	Resultados
Internamento	<p>I. Esta medida apenas deve ser considerada perante voluntariedade da pessoa ou no caso de risco imediato que a justifique.</p> <p>II. O internamento devido a comorbilidade física ou mental promove uma via de acção, sem a qual a intervenção em situações de SD seria muitas vezes negligenciada [18, 36, 51, 82, 126].</p>	<p>☑ Resultado positivo [70, 73] como meio para uma avaliação mental e física adequadas, para o tratamento de comorbilidades significativas e como forma de controlo comportamental durante um curto período de tempo, perante situações de risco.</p> <p>☒ Após internamento verifica-se a tendência para a retoma de comportamentos auto-negligentes [21].</p>
Tratamento compulsivo	<p>I. Segundo a Lei Portuguesa de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) [135] trata-se do internamento do portador de anomalia psíquica grave por decisão judicial, ou determinado por autoridades policiais ou de saúde pública em situação de urgência ou em caso de perigo iminente por deterioração aguda do seu estado.</p> <p>II. Nos relatos foram citadas disposições com traços semelhantes aos da Lei Portuguesa para a gestão destes casos, embora esta última não se encontre ajustada aos contornos da SD.</p>	<p>☑ Intervenção considerada somente em situações de maior gravidade, perante uma situação pontual de urgência e risco de vida, depois de terem sido esgotadas outras opções terapêuticas [2, 17, 31, 32, 93, 136].</p> <p>☒ Baixa eficácia reconhecida desta medida. Alguns casos revelam deterioração rápida e significativa em regime de internamento, devido a alterações profundas no comportamento, causadas pela angústia (confusão, inquietude, apatia, falta de apetite, incontinências e quedas), com aumento da taxa de mortalidade [1, 2, 17, 18, 31].</p>
Farmacológico	<p>I. Na casuística foi implementada terapia farmacológica no tratamento de psicoses delirantes como a esquizofrenia e a POC [4, 5, 23, 54, 57, 59, 63, 65, 66, 93], depressão [33, 62, 98] e distúrbios nutricionais [26, 60].</p> <p>II. Um terço dos relatos de caso que indicam a implementação desta metodologia de intervenção não explicita o tipo de tratamento aplicado.</p>	<p>☑ Uma variedade de fármacos atenua problemas de saúde mental coexistentes com a SD [14, 89, 116] ao reduzir comportamentos como a apatia e a conduta acumuladora, e ao potenciar a melhoria da condição de vida quando combinados com outras intervenções.</p> <p>☒ Intervenção sem melhoria significativa sobre os principais critérios da SD, como o isolamento e a auto-negligência [102, 126]. A recusa à toma da medicação é geralmente um problema.</p>
Abordagem na comunidade	<p>I. Visitas domiciliárias por profissionais de saúde e de saúde mental, apoio na realização de AVD's, centro de dia, envolvimento da família, amigos e vizinhos, apoio de outras entidades da comunidade (ex: religiosas) para a promoção de actividades ocupacionais e abordagem para a segurança em casa [17, 112, 113]. Todos estes serviços concorrem para a execução de uma abordagem cognitivo-comportamental.</p>	<p>☑ Potencial para amenizar o comportamento auto-negligente [116], reduzir o isolamento [113] e melhorar significativamente o bem-estar físico e psicológico [2, 18, 107, 129], assim como a segurança individual com redução de riscos diversos (e.g. de saúde).</p> <p>☒ O resultado depende da cooperação, participação [13, 112] e do estado mental do indivíduo [87], daí que a limpeza involuntária considerada em alguns relatos, em situações de emergência, não se apresente como método eficaz a médio e longo prazo [1, 14, 112].</p>

Embora a abordagem na comunidade seja identificada como a mais eficaz, todas as intervenções citadas devem ser consideradas para análise do seu potencial no planeamento das respostas às peculiaridades de cada caso, uma vez que em situação de crise importa garantir que os indivíduos recebem os cuidados médicos necessários para tratar comorbilidades físicas ou mentais, antes mesmo de se intervir sobre a auto-negligência e outros comportamentos, salvo se estes colocarem directamente em causa a sua

saúde e bem-estar a curto prazo ou se estes se apresentarem como um risco de saúde pública significativo, que ultrapasse as consequências negativas das opções de intervenção mais restritivas.

A maioria dos relatos faz referência a um conjunto de medidas insuficientes para dar resposta às necessidades do indivíduo com SD, e esta desadequação é muitas vezes a causa da recusa de apoio e do insucesso da intervenção (cf. 3.3.1.1. sinais proeminentes da SD, rejeição de serviços, ponto iv). Na maior parte dos relatos os investigadores não revelam o tempo de intervenção, e é notória em certos casos a referência exclusiva ao internamento médico, sem continuidade nos cuidados nem seguimento do caso. Destacam-se os relatos que apresentam resultados positivos, a curto, médio ou longo prazo. De 67 relatos, apenas 12 (18%) evidenciam melhoria significativa ao nível do bem-estar físico, psicológico e mesmo ao nível da higiene pessoal e ambiental, e/ ou redução de riscos significativos. Destes, 11 (92%) descrevem, como principal método de intervenção, o acompanhamento com diversos serviços e cuidados dispensados na comunidade, permitindo ao indivíduo permanecer no seu domicílio ^[5, 8, 19, 26, 33, 57, 59, 63, 66], mesmo que este tenha sido, anteriormente, alvo de internamento em unidade aguda e/ou estadia temporária em lar.

3.5.3. Relacionamento Terapêutico

Na casuística sobressaem descrições que revelam a ineficácia da comunicação entre profissionais e pessoas com SD, o que resulta geralmente num conflito pela falta de um entendimento mutuamente aceitável para o problema. Embora apenas dois documentos de relatos de caso mencionem, de forma objectiva, a importância da relação terapêutica na intervenção à SD ^[8, 59], alguns documentos de revisão ^[25, 37, 89], assim como um estudo observacional ^[82] ressaltam a sua importância uma vez que, pelas características associadas à SD, esta relação adquire particular significado no planeamento e desenvolvimento de uma intervenção.

Desta forma, é perceptível nos relatos de caso, assim como nos restantes documentos, algumas orientações para o estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica, como sejam: (i) a promoção de uma abordagem comunitária orientada por uma equipa única ^[107, 124]; (ii) a identificação do trabalhador de referência (i.e. o profissional que conquista a confiança do indivíduo, muitas vezes pelo apoio prático que lhe presta) ^[8, 17, 18, 31, 89, 107, 112]; (iii) a identificação da percepção do indivíduo quanto à sua vida, aos seus problemas e à sua experiência nos cuidados ^[82, 89]; (iv) a promoção de acompanhamento regular e de longo-prazo (mesmo após melhora significativa das condições de vida do indivíduo, pelo elevado risco de recorrência existente) ^[112, 137]; (v) o estabelecimento de uma relação de identificação mútua que comprometa o indivíduo na intervenção e faça-o reconhecer o impacto significativo da mesma (e.g. pela negociação dos serviços a conduzir no seu espaço de vida, melhorando a conformidade e o cumprimento dos cuidados) ^[17, 89, 137]; (vi) e a promoção de uma intervenção flexível que considere as respostas comportamentais do indivíduo ^[18, 31].

4. CONCLUSÕES

Esta secção destina-se à sistematização dos principais resultados emergentes do estudo de casuística e da revisão sistemática da literatura sobre a SD. De forma a alcançar os objectivos propostos é necessário, primeiramente, reafirmar o potencial do termo “Síndrome de Diógenes” para definir um fenómeno complexo que afecta não só o sujeito que a apresenta mas toda uma rede de proximidade, com implicações na sociedade civil. O termo foi enraizado na literatura Europeia e apresenta forte potencial para a consciencialização social. No entanto, a literatura incluída nesta revisão aborda a auto-negligência como sinónimo da SD, apresentando os critérios determinantes para a sua definição: o isolamento social, a auto-negligência física e a auto-negligência habitacional. Embora a conduta acumuladora, o reduzido *insight* e a recusa de apoio não seja descrita na totalidade dos casos estes comportamentos encontram-se vulgarmente associados à SD, apoiando o diagnóstico formal.

Esta revisão reforça o fenómeno como uma verdadeira **Síndrome** que congrega uma etiologia multifactorial ao compartilhar factores de risco com outras síndromes (essencialmente geriátricas), ao apresentar efeitos a curto prazo que parecem elevar a mortalidade e ao apresentar forte relação com o declínio cognitivo e funcional. A Síndrome de Diógenes em indivíduos mais jovens parece estar associada especialmente a situações de atraso mental, abuso de substâncias psico-activas, esquizofrenia e perturbação depressiva major, diagnósticos que podem ser encarados como precursores para uma variedade de comportamentos associados à auto-negligência mas que, no entanto, apresentam potencial de tratamento ou determinam um meio para uma intervenção fundamentada. Nos sujeitos idosos sobressai, simultaneamente à apresentação da SD, a presença de demência e o declínio da capacidade executiva ou a ausência de diagnósticos psicopatológicos significativos. São aqueles que apresentam, todavia, uma maior associação de factores que actuam como precipitantes de reacções e de comportamentos desajustados e patológicos. Existe, assim, alguma evidência de que a SD seja uma entidade com contornos particulares entre os jovens e os idosos, com a manifestação de diferentes factores predisponentes e precipitantes, e que se distinguem em termos de apresentação, intensidade e gravidade.

Para além da prevalência da SD em sujeitos idosos (84%), os resultados do estudo das características sócio-demográficas corroboram os indicadores propostos por Pantoja no questionário de despiste da SD (anexo I), identificando os casos referenciados como relativos maioritariamente a mulheres (66%), sujeitos solteiros (44%) ou viúvos (25%), que habitam sozinhos (64%), em apartamento em meio urbano, em habitações com graves deficiências quanto a condições elementares de habitabilidade, incapazes de garantir relações significativas e relutantes em receber qualquer tipo de ajuda, principalmente em contexto formal. Para além disso, existem indícios de que a SD não apresente especial incidência num extracto sócio-económico baixo, tal como terá sido discutido em várias revisões anteriores.

Na casuística, habitar em apartamento e em meio urbano pode apresentar-se como uma razão explicativa da elevada taxa de referenciação efectuada por vizinhos, que deriva da implicação que o fenómeno pode acometer num condomínio e em toda a vizinhança. A principal entidade civil contactada revelou ser o Serviço de Saúde ou, especialmente, o de Saúde Mental, uma vez que os principais motivos de referenciação foram situações de grave risco para o próprio ou para outros; no entanto, os serviços e as autoridades locais possuíam ocasionalmente conhecimento prévio da situação.

Foi anteriormente citada a inexistência de consenso sobre os mecanismos etiopatogénicos desta desordem comportamental e, inclusive, a reduzida oportunidade de prevenção ^[73] pela ausência de indicadores-problema (*“triggers”*) que facilitem a detecção de situações de risco ^[14], sendo geralmente as consequências negativas da SD o impulso para a intervenção. Tal como percebido na presente revisão *“el síndrome de Diógenes no es más que el punto de encuentro de diferentes condiciones psíquicas, patológicas o no, que han de ser abordadas adecuadamente, más allá de lo exótico de la situación a la que han dado lugar”* ^[16], uma vez que este fenómeno sofre a influência de um conjunto de âmbitos (social, biológico e psicológico), descritos por inúmeros autores ^[1, 4-6, 18, 21, 27, 29, 36, 51, 64, 66, 84, 93, 102]. O quadro 4 procura sistematizar esses factores que devem ser analisados dentro de um contexto sócio-cultural e idiossincrático. Devem ser compreendidos como um ciclo de influências e interacções (embora se desconheça a acção exercida pelos múltiplos factores de risco) que expressam a diversidade de situações com papel preponderante na génese e manutenção do fenómeno.

Quadro 4. Sistematização de factores com influência na SD

	Factores	Observações
Perspectiva social, cultural e individual	I. Solidão marcada	Condicionada por circunstâncias que geram o desejo voluntário de isolamento.
	II. Doença, disfunção ou condição somática	Como consequência de comportamentos de risco associados à SD e como causa de deterioração comportamental, ao limitar a capacidade para o auto-cuidado.
	III. Privação sensorial	Derivado ao défice visual, auditivo, sensitivo e a um ambiente pobre em estímulos.
	IV. Doença, disfunção ou condição psicossomática	Que permita explicar alguns dos comportamentos típicos na SD. Não é incomum a associação de perturbações mentais e é evidente a correlação destes com deterioração cognitiva, usualmente com o prejuízo da função executiva.
	V. Personalidade prévia	Traços específicos de personalidade que não determinam uma perturbação, mas desempenham um papel essencial na patogénese da SD.
	VI. Factores stressantes de vida	Na sequência de eventos negativos que vulnerabilizam o sujeito.

A intervenção sobre a SD implica a avaliação dos factores predisponentes e precipitantes e do contexto de vida do indivíduo, imprescindível para a definição da intervenção mais ajustada. As formas de intervenção descritas incluem o internamento voluntário, o tratamento compulsivo, o tratamento

farmacológico e a intervenção integrada na comunidade como abordagem recomendada, mostrando que o meio ambiente e a relação afectiva que o indivíduo mantém com este podem potenciar a modificação comportamental. Destaca-se a evidência de uma intervenção domiciliar muito centrada na visita de profissionais, sendo esquecido e/ou dificultado o esforço por sensibilizar, formar e envolver a comunidade e a família pela forma como os serviços formais se relacionam ^[89], o que explica inclusive a existência de planos de acção divergentes entre serviços da sociedade civil ^[112], que colocam em causa a eficácia das diferentes intervenções realizadas. Este dado constitui um factor explicativo do prognóstico pobre da gestão de casos, percebido na análise casuística. Desta forma, uma abordagem de cooperação entre respostas sociais e de saúde é essencial para se desenvolver uma intervenção consistente, que se deve focalizar em três objectivos comuns: (i) minimizar os riscos pessoais e ambientais apresentados na Síndrome de Diógenes; (ii) reduzir a comorbilidade de doenças crónicas causadas pela auto-negligência; (iii) e maximizar a funcionalidade e melhoria da qualidade de vida.

Para finalizar, é de extrema importância mencionar que os principais obstáculos à intervenção na SD são o isolamento marcado e a recusa de apoio. Este último dado revela, sobretudo, o desequilíbrio entre as necessidades do sujeito com SD e a forma como os serviços lhe são apresentados, através de um conjunto de medidas insuficientes e/ou desadequadas às necessidades do sujeito.

4.1. Limitações da revisão sistemática da literatura e do estudo da casuística

A dificuldade no estudo da SD devido às características associadas ao fenómeno (como o isolamento marcado e a atitude de recusa de ajuda) repercute-se no desenho das investigações sobre este tema no horizonte temporal considerado para análise [1960-2010], o qual reflecte estudos caracterizados por amostras reduzidas e por conveniência, com recolha de dados secundários. Para além disso, a literatura remete para o estudo de um quadro elementar de questões relacionadas com a sua etiopatogenia, uma vez que o fenómeno carece de evidências científicas que ajudem a enquadrar a condição.

Uma das maiores dificuldades encontradas diz respeito à falta de congruência metodológica entre os diversos estudos (e.g. no termo que descreve o fenómeno, no método de selecção de sujeitos e no protocolo de intervenção), impondo um cuidado extremo na interpretação dos resultados. O mesmo sucede no estudo da casuística, uma vez que os relatos evidenciam variado nível de detalhe descritivo, onde se observa, usualmente, uma falha na relevância dos dados apresentados (e.g. os relatos geralmente focam uma das categorias definidas para a análise casuística descurando a descrição das restantes, e ainda referenciam métodos de avaliação e diagnóstico, bem como métodos de intervenção sem contudo os descreverem com pormenor). Desta forma, os resultados do estudo de casuística devem ser interpretados com especial cautela uma vez que na recolha de relatos de caso não é possível inferir com segurança a prevalência dos factores analisados nem estimar o potencial das intervenções consideradas.

4.2. Sugestões para a investigação e para a actuação sobre a SD

Primeiramente reconhece-se a imprescindibilidade de comprometer o meio científico com o termo “Síndrome de Diógenes”, de modo a gerar uma plataforma de entendimento e uma linha condutora da investigação que impulse a convergência de esforços, uma vez que o uso de uma variedade de termos desvirtua o fenómeno e confunde os profissionais. Será igualmente útil potenciar o desenvolvimento de estudos com foco nas perspectivas dos sujeitos com SD (permitindo a identificação de factores precipitantes ligados à consciência individual) e de estudos que se centrem na investigação de possíveis intervenções à SD e seus resultados, de forma a suprir lacunas evidenciadas nesta revisão e a possibilitar a identificação da SD como entidade clínica, facto que facilitaria a intervenção sobre o fenómeno. Quaisquer estudos e intervenções sobre a SD envolvem questões complexas e exigem uma análise cuidada dos princípios éticos envolvidos, tendo em conta os valores de cada indivíduo e o respeito pela sua autonomia, assegurando igualmente a protecção quanto a danos adicionais e minimizando o risco de dano a terceiros, com base na legislação de cada país.

Concretamente em Portugal, a reduzida consciência sobre a Síndrome reflecte-se no número de artigos científicos publicados. Para conduzir o fenómeno para discussão científica será indispensável a sensibilização dos profissionais, através de medidas simples, como a introdução da temática no plano formativo de vários cursos e pós-graduações (de âmbito social e de saúde pública), que (i) estimule o compromisso destes profissionais perante situações de grave risco de isolamento e auto-negligência e (ii) os oriente para o desenvolvimento de estudos no contexto português através, sobretudo, da publicação de relatos de caso que permitam identificar as possíveis particularidades do fenómeno em Portugal e a sua relevância (i.e. prevalência). Somente o desenvolvimento desta primeira fase determinará a utilidade e/ou urgência em projectar um protocolo de resposta à SD que envolva entidades e serviços de proximidade, com vista à actuação em situações de risco manifesto, facilitando igualmente o desenvolvimento de outro tipo de estudos científicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Clark, A.N. and G.D. Mankikar, *Diogenes syndrome a clinical study of gross neglect*. The Lancet, 1975. **15**(366-368).
- MacMillan, D. and P. Shaw, *Senile Breakdown in Standards of Personal and Environmental*. British Medical Journal, 1966. **2**: p. 1032-1037.
- Marcos, M. and M.D. Gomez-Pellin, *A tale of a misnamed eponym: Diogenes syndrome*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2008. **23**(9): p. 990-991.
- Badr, A.H., A., *Diogenes Syndrome When Self Neglect is Nearly Life Threatening*. American Association for Geriatric Psychiatry 2005. **13**(8).
- Ramirez, N.C.G., J.A.P., *O síndrome de Diógenes*. PsiLogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, 2006: p. 51-56.
- Byard, R.W. and M. Tsokos, *Forensic Issues in Cases of Diogenes Syndrome*. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 2007. **28**(2): p. 177-181.
- Christensen, R.C., *Diogenes and Marcella. A reflection on homelessness and self-neglect*. Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc, 2007. **70**(2): p. 52-3.
- Igbal, J.H., M. Badr, A. et al., *A Look at Diogenes Syndrome*. A Clinical Journal of the Geriatrics Society, 2010. **18**(10): p. 45-46.
- Beatson, A.W., *Imaginary Poverty*. British Medical Journal, 1960: p. 468-469.
- Weiss, K.J., *Hoarding, Hermitage, and the Law: Why We Love the Collyer Brothers*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2010. **38**(2): p. 251-257.
- Halliday, G., J. Snowden, and B. Simpson, *Re: Diogenes syndrome in a pair of siblings*. Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 2005. **50**(9): p. 567-567.
- Radebaugh, T.S., F.J. Hooper, and E.M. Gruenberg, *The social breakdown syndrome in the elderly population living in the community - the helping study*. British Journal of Psychiatry, 1987. **151**: p. 341-346.
- Shabbir Amanullah, Sabu K. Oomman, and S.S. Datta, *"Diogenes Syndrome" Revisited*. German Journal of Psychiatry, 2009. **12**: p. 38-44.
- O'Brien, J.G., et al., *Self-neglect: An overview*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 1999. **11**(2): p. 1-19.
- Pavlou, M.P. and M.S. Lachs, *Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome?* Journal of the American Geriatrics Society, 2006. **54**(12): p. 831-842.
- Pérez, M.S., *Actualización en el Síndrome de Diógenes*. Interpsiquis, 2005.
- Cooney, C. and W. Hamid, *Review - Diogenes Syndrome*. Age and Ageing, 1995. **24**(5): p. 451-453.
- Reyes-Ortiz, C.A., *Diogenes Syndrome: The self-neglect elderly*. Comprehensive Therapy, 2001. **27**(2): p. 117-121.
- Calatayud, G.L.V., M.H. and Cercós, C.L., *Síndrome de Diógenes a propósito de un caso*. Psiqu Biol 2008. **15**(4): p. 140-143.
- Lebert, F., *Diogene syndrome, a clinical presentation of fronto-temporal dementia or not?* International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005. **20**(12): p. 1203-1204.
- Pantoja, J.A., *Intervención del trabajador social en personas afectadas por el Síndrome de Diógenes*. Universidade de Sevilha, 2006.
- Halliday, G., et al., *Community study of people who live in squalor*. Lancet, 2000. **355**(9207): p. 882-886.
- Vaz, E.C.A., R.M., *Síndrome de Diógenes a propósito de un caso*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010. **30**(107): p. 489-495.
- Snowdon, J., *Uncleanliness among persons seen by community-health workers*. Hospital and Community Psychiatry, 1987. **38**(5): p. 491-494.
- John Snowden, Ajit Shah, and G. Halliday, *Severe Domestic Squalor: a review*. 2006.
- Rosenthal, M., et al., *Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: Case reports*. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 1999. **36**(1): p. 29-34.
- Snowdon, J., A. Shah, and G. Halliday, *Severe domestic squalor: a review*. International Psychogeriatrics, 2006. **19**(1): p. 37-51.
- Maier, T., *On phenomenology and classification of hoarding: a review*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004. **110**(5): p. 323-337.
- Fernández, A.P., et al., *Aproximación al Síndrome de Diógenes desde una perspectiva*, in *Curso de Especialista en Salud Pública Municipal*. 2008: Madrid. p. 7-31.
- Monfort, J.C., et al., *Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive*. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2010. **8**(2): p. 141-153.
- Loon, A.v. and D. Kralik, *Caring for people living in domestic squalor - Research informed practice*. 2008, RDNS.
- Susanne Gibbons, William Lauder, and R. Ludwick, *Self-Neglect A Proposed New NANDA Diagnosis*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2006. **17**(1).

33. Galvez-Andres, A., et al., *Secondary bipolar disorder and diogenes syndrome in frontotemporal dementia - Behavioral improvement with quetiapine and sodium valproate*. Journal of Clinical Psychopharmacology, 2007. **27**: p. 722-723.
34. Gill, T.M., *Elder Self-neglect Medical Emergency or Marker of Extreme Vulnerability?* Jama-Journal of the American Medical Association, 2009. **302**(5): p. 570-571.
35. Ungvari, G.S. and P.M. Hantz, *Social breakdown in the elderly .2. sociodemographic data and psychopathology*. Comprehensive Psychiatry, 1991. **32**(5): p. 445-449.
36. Maria P. Pavlou, M.S.L., *Self-neglect in Older Adults: a Primer for Clinicians*. J Gen Intern Med, 2008. **23**(11): p. 1841-6.
37. William Lauder, A.I., Barckay A., *Sociological and psychological theories of self-neglect*. 2002, Blackwell Science, Ltd. p. 331-338.
38. Reyes-Ortiz, C.A., *Self-neglect as a geriatric syndrome*. Journal of the American Geriatrics Society, 2006. **54**(12): p. 1945-1946.
39. Cooney, L.M., Jr, et al., *Who Can Stay at Home?: Assessing the Capacity to Choose to Live in the Community*. Arch Intern Med, 2004. **164**(4): p. 357-360.
40. Cybulska, E. and J. Rucinski, *Gross self-neglect in old-age*. British Journal of Hospital Medicine, 1986. **36**(1): p. 21-&.
41. Fontenelle, L., *Diogenes syndrome in a patient with obsessive-compulsive disorder without hoarding*. General Hospital Psychiatry, 2008. **30**(3): p. 288-290.
42. Dick, C., *Self-neglect: Diogenes syndrome and dementia*. Kans Nurse, 2006. **81**(9): p. 12-3.
43. Lopes, A.L.M. and L.A. Fraccolli, *Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem*. Texto & Contexto - Enfermagem, 2008. **17**: p. 771-778.
44. Hunt, D.T. and I.K. Crombie, *What is a systematic review*. Hayward Medical Communications, 2009.
45. Sandelowski M, Docherty S, and E. C., *Focus on qualitative methods. Qualitative Metasynthesis: issues and techniques*. Res Nurs Health. , 1997. **20**(4): p. 368.
46. Gay, J., ed. *Clinical Epidemiology & Evidence-Based Medicine Glossary: Clinical Study Design and Methods Terminology*. 1998, Washington State University
47. Graham, J.A., *Diogenes Syndrome-how should we manage it?* Journal of Mental Health, 1997. **6**(2): p. 2.
48. Roberge, F.R., *Le Syndrome de Diogène: une entité gériatrique*. Canadian Family Physician 1998. **44**: p. 812-817.
49. Herran, A. and J.L. Vazquez-Barquero, *Treatment of Diogenes syndrome with risperidone*. Aging Neuropsychology and Cognition, 1999. **6**(2): p. 96-98.
50. Al-Adwani, A. and W. Nabi, *Coexisting Diogenes and Capgras syndromes*. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2001. **5**(1): p. 75-76.
51. Dubas, R.B., J. et al., *Un collectionnisme singulier: le syndrome de Diogène*. Service de psychiatrie et de psychologie medicale chu angers, 2003.
52. Campbell, H.T., G. et al. , *Diogenes syndrome: frontal lobe dysfunction or multi-factorial disorder?* Geriatric Medecine 2005.
53. Montero-Odasso, M., et al., *Is collectionism a diagnostic clue for Diogenes syndrome?* International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005. **20**(8): p. 709-711.
54. Koeck A., B.F., Peuskens J., *Hoarding as the core symptom of the Diogenes Syndrome. A case study*. tijdschrift voor psychiatrie, 2007. **49**(3): p. 195-199.
55. Baratta, A. and M. Bénézec, *Clausturation et collectionnisme : réflexions à propos d'un cas de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniaques et vengeurs*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2010. **168**(5): p. 367-372.
56. Stumpf, B.P.R., F.L. , *Síndrome de Diógenes*. IPSEMG, 2010: p. 156-159.
57. Fond, G., F. Jollant, and M. Abbar, *The need to consider mood disorders, and especially chronic mania, in cases of Diogenes syndrome (squalor syndrome)*. International Psychogeriatrics, 2010. **FirstView**: p. 1-3.
58. Cole, A.J., T.P. Gillett, and A. Fairbairn, *A case of senile self-neglect in a married couple - Diogenes-a-deux*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1992. **7**(11): p. 839-841.
59. Williams, H., et al., *Diogenes' syndrome in patients with intellectual disability: 'a rose by any other name'?* Journal of Intellectual Disability Research, 1998. **42**: p. 316-320.
60. Uribe M.S.G. , L.M.S., Esteban I.F. , *Un caso Síndrome de diógenes compartido en una pareja de hermanas*. Psiquis, 2000. **21**(2): p. 107-110.
61. Saiz, D.G., MCL et al. (2003) *El síndrome de Diógenes a propósito de dos casos*. Psiquiatria.com **7**.
62. Ballard, J., *Legal Implications Regarding Self-Neglecting Community-Dwelling Adults: A Practical Approach for the Community Nurse in Ireland*. Public Health Nursing, 2010. **27**(2): p. 181-187.
63. Prieto, I.G.F., *Formas clínicas del síndrome de Diógenes.a proposito de tres casos*. Psiq Biol 2008. **15**(3): p. 97-99.
64. Thibault, J., *Analysis and Treatment of Self-Neglectful Behaviors in Three Elderly Female Patients*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 2007. **19**(3): p. 151-166.

65. Nalbant, S., *Diogenes Syndrome a case report*. GERIATRI, 2002. **5**(1): p. 35-37.
66. Beauchet, O., et al., *Diogenes syndrome in the elderly: clinical form of a frontal dysfunction? Four case reports*. Revue De Medecine Interne, 2002. **23**(2): p. 122-131.
67. Araujo, T.C.C.F.d., *Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 2009. **61**: p. 1-13.
68. Lauder, W., *Constructions of self-neglect: a multiple case study design*. Nursing Inquiry 1999. **6**: p. 48-57.
69. Lauder, W., *A survey of self-neglect in patients living in the community*. Journal of Clinical Nursing, 1999. **8**(1): p. 95-102.
70. Roe, P.F., *Self-neglect*. Age and Ageing, 1977. **6**(3): p. 192-194.
71. Evans, X.D.Y.T.M.G.D., *Black and whites differences in elder self-neglect and psychosocial factors*. Black and whites differences in elder self-neglect and psychosocial factors. The Gerontologist, 2008. **48**: p. 598.
72. Snowden, J. and G. Halliday, *A study of severe domestic squalor 173 cases referred to an old age psychiatric service*. International Psychogeriatric Association 2010, 2010: p. 1-7.
73. Wrigley, M. and C. Cooney, *Diogenes Syndrome - an Irish series*. Irish Journal of Psychological Medicine, 1992. **9**(1): p. 37-41.
74. Spensley, C., *The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco Adult Protective Services*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 2009. **20**(1): p. 42-61.
75. Carmel B Dyer, et al., *Impairment in Instrumental Activities of Daily Living and the Geriatric Syndrome of self-neglect*. The Gerontologist, 2008. **48**(3): p. 388 - 393.
76. Payne, B.K. and R.R. Gainey, *Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment: How do these cases compare to traditional types of elder mistreatment?* Journal of Elder Abuse & Neglect, 2005. **17**(1): p. 21-36.
77. Dyer, C.B., et al., *Self-Neglect Among the Elderly: A Model Based on More Than 500 Patients Seen by a Geriatric Medicine Team*. American Journal of Public Health, 2007. **97**(9): p. 1671-1676.
78. Ayers, C.R., et al., *Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2010. **25**(2): p. 142-149.
79. Adams, J. and J. Johnson, *Nurses' perceptions of gross self-neglect amongst older people living in the community*. Journal of Clinical Nursing, 1998. **7**(6): p. 547-552.
80. Lauder, W., P.A. Scott, and A. Whyte, *Nurses' judgements of self-neglect: a factorial survey*. International Journal of Nursing Studies, 2001. **38**(5): p. 601-608.
81. Loon, A.v. and D. Kralik, *Indicators of squalor observed by district nurses*. 2008, RDNS - Research unit.
82. Lauder, W., I. Anderson, and A. Barclay, *Housing and self-neglect: the responses of health, social care and environmental health agencies*. J Interprof Care, 2005. **19**(4): p. 317-25.
83. Halliday, G. and J. Snowden, *The Environmental Cleanliness and Clutter Scale (ECCS)*. International Psychogeriatrics, 2009. **21**(06): p. 1041-1050.
84. Lauder, W., et al., *Developing self-neglect theory: analysis of related and atypical cases of people identified as self-neglecting*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2009. **16**(5): p. 447-454.
85. Naik A.D., et al., *Assessing capacity in suspected cases of self-neglect*. Geriatrics, 2008. **63**(2): p. 24-31.
86. Sengstock, M.C., J.M. Thibault, and R. Zaranek, *Community dimensions of elderly self-neglect*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 1999. **11**(2): p. 77-93.
87. Chan, S.M.S., P.Y.V. Leung, and F.K.H. Chiu, *Late-onset Diogenes syndrome in Chinese - an elderly case series in Hong Kong*. Neuropsychiatr Dis Treat, 2007. **3**(5): p. 589-96.
88. Levine, J.M., *Elder neglect and abuse - A primer for primary care physicians*. Geriatrics, 2003. **58**(10): p. 37-+.
89. Lauder W., A.I.B.A., *A framework for good practice in interagency*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005. **12**: p. 192-198.
90. Dyer, C.B., S. Pickens, and J. Burnett, *Vulnerable elders - When it is no longer safe to live alone*. Jama-Journal of the American Medical Association, 2007. **298**(12): p. 1448-1450.
91. Lahera, G., et al., *Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora*. Actas Espanolas De Psiquiatria, 2006. **34**(6): p. 403-407.
92. Snowden, J. and G. Halliday, *How and when to intervene in cases of severe domestic squalor*. International Psychogeriatrics, 2009. **21**(06): p. 996-1002.
93. ReyesOrtiz, C.A. and T. Mulligan, *A case of Diogenes syndrome*. Journal of the American Geriatrics Society, 1996. **44**(12): p. 1486-1486.
94. Omahony, D. and J.G. Evans, *Diogenes Syndrome by proxy*. British Journal of Psychiatry, 1994. **164**: p. 705-706.
95. Grignon, S., et al., *Association of Diogenes syndrome with a compulsive disorder*. Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 1999. **44**(1): p. 91-92.
96. Ngeh, J.K.T., *Diogenes syndrome presenting with a stroke in an elderly, bereaved woman*. International

- Journal of Geriatric Psychiatry, 2000. **15**(5): p. 468-469.
97. Esposito, D., F. Rouillon, and F. Limosin, *Diogenes syndrome in a pair of siblings*. Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 2003. **48**(8): p. 571-572.
 98. Gonzanez, D.S., et al., *Diogenes syndrome: neuroradiology findings in white matter. Organic basis of self-care alterations in elderly people*. Revista Clinica Espanola, 2005. **205**(1): p. 42-43.
 99. Keeley, J., *Possible missed diagnosis of syillogomania*. British Medical Journal, 1996. **312**.
 100. van Alphen, S.P.J. and G.J.J.A. Engelen, *Reaction to 'personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome'*. Int J Geriatr Psychiatry, 2005. **20**(2): p. 189; author reply 190.
 101. Greve, K.W., K.L. Curtis, and K.J. Bianchini, *Response to van Alphen and Engelen regarding the diagnosis of personality disorder in the elderly*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005. **20**(2): p. 190-190.
 102. Greve, K.W., K.L. Curtis, and K.J. Bianchini, *Diogenes Syndrome: a five-year follow-up*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2007. **22**: p. 1166-1167.
 103. Orrell, M.W. and B.J. Sahakian, *Dementia of frontal lobe type*. Psychological Medicine, 1991. **21**(03): p. 553-556.
 104. van Alphen, S.P.J., et al., *The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-V*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2006. **21**(3): p. 205-209.
 105. David Mataix-Cols, Alberto Pertusa, and J.F. Leckman, *Issues for DSM-V How Should Obsessive-Compulsive and Related Disorders Be Classified?* Am J Psychiatry, 2007.
 106. Aza Abdulla, A.K., Udayaraj Umasankar, *Diogenes Syndrome neglect of personal hygiene and the living environment*, in *European Journal of Internal Medicine*, A.f.t.C.o.t.E.F.o.I. Medicine, Editor. 2009.
 107. Johnson D., T.C., *Diogenes syndrome: does the benefit of the team approach to intervention support the cost?* The Journal of Nutrition, Health & Aging 2009: p. 163.
 108. Murray, B., *Diogenes syndrome*. Bmj, 2008. **337**(dec04 4): p. a2534-a2534.
 109. Castro, L.C., Ribeiro, O., *Diogenes Syndrome and pathological hoarding behaviour: a case report*. 2009.
 110. *"Dealing with Domestic Squalor" Information Pack*. 2005: Northern Sydney.
 111. Council, C., *Domestic Squalor Information Package*. 2009: Blue Mountains
 112. PAH, *Guidelines for field staff to assist people living in severe domestic squalor*. 2007, PAH - Partnership against homelessness.
 113. Shannon McDermott and R. Gleeson, *Evaluation of the severe domestic squalor project: final report*. 2009, Catholic Community Services: Sydney, California.
 114. McDermott, S. and R. Gleeson (2009) *Evaluation of the severe domestic squalor project*. Social Policy Research center.
 115. Ungvari, G.S. and P.M. Hantz, *Social breakdown in the elderly .1. case-studies and management*. Comprehensive Psychiatry, 1991. **32**(5): p. 440-444.
 116. Reifler, B.V., *Diogenes syndrome: Of omelettes and souffles*. Journal of the American Geriatrics Society, 1996. **44**(12): p. 1484-1485.
 117. Aquilina, C., *Diogenes Syndrome*. p. 367.
 118. Jolley, D. and K. Read, *Diogenes syndrome*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009. **24**(7): p. 778-779.
 119. Climepsi, ed. *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais 4ª Ed, texto revisto*. 2002, APA - American Psychiatric Association.
 120. Drummond, L.M., J. Turner, and S. Reid, *Diogenes' syndrome - a load of old rubbish?* Irish Journal of Psychological Medicine, 1997. **14**(3): p. 99-102.
 121. Shaw, T. and A. Shah, *Squalor Syndrome and Psychogeriatric Admissions*. International Psychogeriatrics, 1996. **8**(04): p. 669-674.
 122. C.E.A. Winslow, C., *Basic Principles of Healthful Housing: Preliminary Report of the Committee on Hygiene of Housing - APHA (Americam Public Health Association)*. Am J Public Health Nations Health, 1938. **28**(3): p. 351-72.
 123. Shah, A., *Squalor syndrome: A viewpoint*. Australian Journal on Ageing, 1995. **14**(4): p. 160-162.
 124. Andersen, E., S. Raffin-Bouchal, and D. Marcy-Edwards, *Reasons to Accumulate Excess: Older Adults Who Hoard Possessions*. Home Health Care Services Quarterly, 2008. **27**(3): p. 187-216.
 125. Steketee, G., R.O. Frost, and H.J. Kim, *Hoarding by elderly people*. Health & Social Work, 2001. **26**(3): p. 176-184.
 126. Dossey, L., *Syillogomania*. EXPLORE: The Journal of Science and Healing, 2005. **1**(6): p. 415-419.
 127. Barocka, A., D. Seehuber, and D. Schone, *Messy house syndrome*. MMW Fortschr Med, 2004. **146**(45): p. 36-9.
 128. Hanon, C., et al., *Diogenses syndrome: a transnosographic approach*. Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique, 2004. **30**(4): p. 315-322.
 129. Klosterkotter, J. and U.H. Peters, *The Diogenes Syndrome*. Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie, 1985. **53**(11): p. 427-434.
 130. Abbey, L., *Elder Abuse and Neglect: When Home Is Not Safe*. Clinics in Geriatric Medicine, 2009. **25**(1): p. 47-60.

131. Harris, A.Z., D. Francois, and N. Mahgoub, *Disinhibition, Self-Neglect, and Cognitive Deficits: Clarifying the Diagnosis*. Psychiatric Annals, 2009. **39**(12): p. 968-973.
132. Greve, K.W., K.L. Curtis, and K.J. Bianchini, *Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2004. **19**(7): p. 703-705.
133. Orrell, M.W., B.J. Sahakian, and K. Bergmann, *Self-neglect and frontal-lobe dysfunction*. British Journal of Psychiatry, 1989. **155**: p. 101-105.
134. Gruenberg, E.M., S. Brandon, and R.V. Kasius, *Identifying cases of social breakdown syndrome*. Milbank Memorial Fund Quarterly-Health and Society, 1966. **44**(1): p. 150-155.
135. República, P., *Lei nº101/99, de 26 de julho*. 1999.
136. Cooney, C. and W.A. Hamid, *The use of health legislation to deal with abuse of community based elderly people with dementia*. Medicine Science and the Law, 1997. **37**(1): p. 41-45.
137. Gibson, A., et al., *Ethical considerations in the treatment of compulsive hoarding*. Cognitive and Behavioral Neurolog Practice, 2010. **17**: p. 420-436.

APÊNDICES

Apêndice I. Incumprimento de critérios de salubridade habitacional da APHA

A comissão americana de higiene da habitação da APHA (*American Public Health Association*) divulgou, num relatório em 1938 ^[122], trinta princípios indispensáveis para a manutenção de salubridade habitacional e protecção da saúde pública que contrasta com alguns dos sinais proeminentes na SD, dos quais se destacam ^[29]:

- i | Uma atmosfera de pureza química razoável: que contrasta com o odor produzido pelos seus ocupantes, pela deterioração ou negligência total da própria higiene que predispõe a apresentação de comorbilidades físicas;
- ii | Presença de iluminação natural e artificial suficiente: que contrasta com a eliminação de focos de luz natural e redução ou mesmo eliminação de luz artificial;
- iii | Espaço suficiente para as funções quotidianas: que contrasta com a desorganização marcada dos objectos e com a conduta acumuladora que reduz o espaço de vida e limita a utilização/funcionalidade dos cómodos;
- iv | Existência de instalações adequadas para limpeza e asseio pessoal, que reduzam ao mínimo os riscos de transmissão de doenças: que contrasta com a degradação e insalubridade provocada pelas pessoas com “SD” no seu espaço de vida;
- v | Combate a agentes transmissores de doenças: que contrasta com a presença significativa de animais de companhia, mantidos no interior das habitações em situação de extrema negligência, bem como de infestações de roedores, insectos, parasitas e microrganismos altamente alergénicos que comprometem seriamente o estado de saúde dos ocupantes.

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario de valoración social del Síndrome de Diógenes

Pantoja, 2006

1 - Características Personales			
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Hombre Mujer 	0 1	
Edad	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 70 años Mayor de 70 años 	0 1	
Estado Civil actual	<ul style="list-style-type: none"> Casado Divorciado Soltero Viúvo 	0 0 1 1	
Unidad de convivencia	<ul style="list-style-type: none"> Vive solo Vive com alguma companhia 	3 0	
Presenta en aparência alguno de los rasgos de personalidad, siguientes: personalidad introvertida, obstinada, desconfiada		Sí – 2 No – 0	
2 – Higiene personal y/o ambiental			
Se observa deterioro físico y/o mal estado nutricional		Sí – 2 No – 0	
Presenta higiene personal deficiente y/o vestimenta inadecuada (higiene deficiente: suciedad, mal olor corporal, podredumbre...) (vestido inadecuado: ropa súa, rota, inadecuada para la temporada...)		Sí – 2 No – 0	
Las condiciones de la vivienda, son:	<ul style="list-style-type: none"> Adecuadas, con buena habitabilidad Vivienda vieja, sin servicios elementales y deciciente habitabilidad Vivienda en estado de decrepitud, súa y com basura acumulada 	0 1 3	
3 – Relaciones convivenciales			
Tiene a alguna persona o familiar que lo visita habitualmente		Sí – 0 No – 1	
Cuándo ve a sus familiares y/o amigos	<ul style="list-style-type: none"> Todos ó casi todos los dias Casi todas las semanas Poco (una vez a la semana) Casi todos los meses -ocho veces al año Una vez al año Nunca 	0 0 0 1 2 2	
Como son sus relaciones com sus vecinos	<ul style="list-style-type: none"> Buenas ó muy buenas Regulares Malas y/o no posee a penas relación 	0 0 2	
Los vecinos y/o familiares ó conocidos, nos informam	<ul style="list-style-type: none"> Que el sujeto permanece la mayor parte del dia en el domicilio Que sale habitualmente y se relaciona com los vecinos del barrio 	2 0	

4 – Situación económica		
El sujeto posee recursos económicos suficientes para mantener mejores condiciones de vida?	Sí – 3 No – 0	
Posee dinero ó recursos económicos acumulados y no los utiliza para cubrir necesidades básicas?	Sí – 3 No – 0	
5 – Redes de apoyo social-familiar		
El sujeto utiliza habitualmente los servicios sócio-sanitarios?	Sí – 0 No – 2	
A la pregunta: recibe algún tipo de ayuda de familiar y/o persona contratada para atenderle ó para los trabajos de la casa?, el sujeto responde	<ul style="list-style-type: none"> • Sí y cubre todas mis necesidades 0 • No aunque, me haría falta 1 • No, no lo necesito 3 	
A la pregunta: estaría dispuesto a abandonar su casa temporal ó definitivamente para mejorar sus condiciones de vida?, ele sujeto responde	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, de forma contundente 0 • Sí, pêro com reparos 1 • No, jamás abandonaria mi hogar 3 	

Escala de Avaliação Social do Risco de SD:

Instrumento breve e de fácil aplicação que pode:

1. detectar de forma rápida, válida e fiável possíveis situações de risco de padecer de SD;
2. identificar o índice de gravidade e o risco de SD em pessoas idosas solitárias.

Utiliza duas técnicas:

- (i). a observação controlada e sistemática (do sujeito e do ambiente que o rodeia)
- (ii). a entrevista planificada (perguntas directas à pessoa, familiares, conhecidos e/ou vizinhos),

Ambas para determinar através de 17 itens traços característicos da SD, distribuídos por 5 âmbitos. Os itens podem ser avaliados de 0 a 3 pontos. Uma pontuação entre 15 e 25 indica risco para SD e uma pontuação superior a 25 pontos indica elevado risco de doença e de morte por auto-abandono.

Anexo II. Environmental Cleanliness and Clutter Scale

Desenvolvido por Halliday G., J. Snowdon (2009),
incluindo itens de Macmillan & Shaw (1966), Snowdon (1987) & Samios (1996)
Instrumento traduzido pela autora

Os avaliadores devem colocar um círculo na caixa ou no número que melhor se adapta às suas observações em relação aos diferentes itens. Estas descrições são feitas para serem apenas indicativas e os avaliadores podem decidir entre uma categoria e outra com base em aspectos não mencionados nas caixas.

Iniciais do avaliador:

Data da avaliação:

Iniciais do cliente:

Número de identificação do cliente:

A.	ACESSIBILIDADE REDUZIDA devido à desorganização (Nota que a redução do espaço físico devido aos excrementos não deve ser incluída nas avaliações ou estimativas de acessibilidade reduzida):			
	0	1	2	3
	FÁCIL entrar e movimentar-se na habitação.	ALGUMA DIFICULDADE no acesso mas pode-se entrar em todos os quartos.	MODERADAMENTE COMPROMETIDA. Dificil ou impossível entrar num ou dois quartos ou áreas.	SEVERAMENTE PREJUDICADA e.g. porta da frente obstruída. Obstáculo em chegar à maior parte das áreas na habitação.
	0-29%	30-59%	60-89%	90-100%

B.	ACUMULAÇÃO DE ITENS DE REDUZIDO VALOR ÓBVIO: Em geral, existem evidências de acumulação de itens que a maioria das pessoas consideraria inúteis ou que deveriam ser atirados fora.			
	0	1	2	3
	NENHUM. Inclui acumulação circunscrita a uma reduzida parte da casa quando esta é designada para o acondicionamento de "lixo".	ALGUMA ACUMULAÇÃO Os itens recolhidos são organizados de alguma forma e não impedem o movimento ou a limpeza de móveis e electrodomésticos.	ACUMULAÇÃO MODERADA Os itens cobrem os móveis na maioria das áreas e é acumulado ao longo da habitação sendo difícil de a manter limpa.	ACUMULAÇÃO MARCADA itens empilhados, pelo menos, acima da cintura em todas ou na maioria das áreas. A limpeza seria praticamente impossível na maioria dos móveis e electrodomésticos.

POR FAVOR INDIQUE TIPOS DE ITENS QUE SE ENCONTRAM ACUMULADOS:

☐ Jornais, panfletos, etc. ☐ Roupa ☐ Outros itens (o quê?.....)

☐ Aparelhos eléctricos ☐ Sacos de plástico cheios de itens (que itens?.....)

C.	ACUMULAÇÃO DE LIXO: Existem evidências de acumulação excessiva de lixo e.g. resíduos alimentares, embalagens descartadas (latas, garrafas, caixas, sacos) ou material indesejado.			
	0	1	2	3
	NENHUM.	ALGUMA Lixo e resíduos espalhados (incluindo pontas de cigarro) e/ou até 10 pacotes vazios espalhados.	MODERADA Lixo acumulado ao longo da habitação, e.g. sacos, caixas e / ou pilhas de lixo que deviam ter sido descartados.	EXCESSIVA Resíduos de lixo e alimentos amontoados na cozinha ou noutros lugares. Nenhuma tentativa recente de retirar lixo.

D.	LIMPEZA DE PISOS E CARPETES (excluindo casa de banho e banheiro)			
	0	1	2	3
	Limpeza aceitável em todos os compartimentos.	LIGEIRAMENTE SUJA Os pisos e as carpetes não parecem ser varridos durante dias, observando-se lixo espalhado.	MUITO SUJA Os pisos e as carpetes não parecem ser varridos durante meses. <i>Cotar 1 se afecta apenas um quarto ou pequena área.</i>	EXCESSIVAMENTE SUJA Apresenta lixo e sujidade por toda a habitação. <i>A presença de excrementos normalmente merece pontuação 3.</i>

E.	LIMPEZA DE PAREDES E SUPERFÍCIES DE MÓVEIS E DOS PARAPEITOS DE JANELAS			
	0	1	2	3
	Limpeza aceitável em todos os compartimentos.	LIGEIRAMENTE SUJA Superfícies com poeira ou sujidade. A sujidade sai paredes com pano húmido ou com o dedo.	MUITO SUJA Sujidade nas paredes. Muitas teias de aranha e outros sinais de negligência. Móveis sujos, gordurosos e/ou molhados.	EXCESSIVAMENTE SUJA Paredes, móveis e superfícies tão sujas (por exemplo, com fezes ou urina) que os avaliadores não gostariam de os tocar.

F.	CASA DE BANHO E BANHEIRO			
	0	1	2	3
	Razoavelmente limpa.	LIGEIRAMENTE SUJA Chão, sanita, lavatório, paredes, etc.	MODERADAMENTE SUJA Chão, sanita, chuveiro/ banheira, etc. Fezes e urina por fora da sanita.	MUITO SUJA Lixo e/ou excrementos no piso e no chuveiro ou banheira e/ou na sanita. Sem limpeza durante meses. A casa de banho pode estar bloqueada e a sanita coberta de excrementos.

G.	COZINHA E ALIMENTOS			
	0	1	2	3
	Limpa e higiénica.	UM POUCO SUJO Fogão e pia desarrumada com as superfícies sujas. Recusa colocar no lixo restos de comida e/ou deixa fora do frigorífico alimentos facilmente degradáveis.	MODERADAMENTE SUJA Forno, pia, superfícies e pisos encontram-se sujos com pilhas de louça por lavar. Presença de um pouco de comida podre ou com mofo e frigorífico imundo.	EXCESSIVAMENTE SUJA E SEM HIGIENE Pia, fogão e interior dos armários sujos. Grande parte dos alimentos está podre, cobertos de mofo e impróprio para consumo. Muito lixo nas superfícies e no piso. Cotar 3 se observadas larvas.

H.	ODOR			
	0	1	2	3
	Sem cheiro ou cheiro agradável.	LIGEIRAMENTE FÉTIDA e.g. cheiro de urina.	MODERADAMENTE FÉTIDA Mau odor (e.g. fecal/pútrido), mas o avaliador consegue ficar no quarto.	INSUPOORTAVELMENTE FÉTIDA O avaliador tem de deixar o espaço rapidamente por causa do mau odor.

I.	BICHOS			
	0	1	2	3
	Nenhum	ALGUNS Até 10 insectos vivos ou mortos. <i>Não avaliar a presença de teias de aranha aqui.</i>	BASTANTES 11-30 animais rastejantes vivos ou mortos (excluir formigas) ou evidência de parasitas em largo número (muitas moscas, formigas ou pulgas).	INFESTAÇÃO Vermes vivos e/ou mortos em grande número (e.g. mais de 30 baratas). Dois ou mais ratos ou semelhantes. Grande porção de excrementos de animais e objectos mastigados.

J.	ÁREA DE DESCANSO			
	0	1	2	3
	Razoavelmente limpa e arrumada	LIGEIRAMENTE SUJA Cama desarrumada e lençóis sujos durante semanas.	MODERADAMENTE SUJA Lençóis imundos, e.g. com fezes ou urina. Roupas e lixo no piso.	MUITO SUJA - Superfície do colchão suja/danificada. Lençóis (se houver) extremamente sujos, assim como a área circundante.

Soma dos números dentro dos círculos assinalados para fornecer uma PONTUAÇÃO TOTAL:

ESTA PESSOA AUTO-NEGLIGENCIA A HABITAÇÃO? (círculo)	NÃO	ligeiramente	moderadamente	severamente
---	-----	--------------	---------------	-------------

A HABITAÇÃO ENCONTRA-SE MUITO DESORGANIZADA?	SIM	NAO
--	-----	-----

PERGUNTAS SUPLEMENTARES (para adicionar à descrição, mas não à pontuação).

Estas questões não avaliam directamente a desordem nem a imundície não fazendo parte da ECCS. No entanto, foram identificadas como úteis quando os avaliadores desejam fornecer um resumo da visão geral sobre os aspectos que podem precisar de maior atenção.

Comentários ou descrição para esclarecer / ampliar / justificar ou pormenorizar a classificação realizada:	
Número e tipo de animais:.....	
Existe água canalizada na habitação?	Sim ou Não
Existe electricidade conectada e em funcionamento?	Sim ou Não
A habitação pode ser fechada à chave apresentando segurança?	Sim ou Não

HIGIENE PESSOAL

Descreva as roupas usadas pelo ocupante e a sua aparência geral:

0	1	2	3
LIMPO E ASSEADO Bem cuidado(a)	LIGEIRAMENTE SUJO Uma ou duas marcas de sujidade e a precisar de banho.	MODERADAMENTE SUJO Com odor desagradável. Roupa manchada.	MUITO SUJA Roupa manchada, rasgada e fétida.

MANUTENÇÃO, REPARAÇÃO E ESTRUTURA

Avalia o estado de reparação e conservação promovido pelo proprietário/senhorio. Se o apartamento se encontrar limpo até que ponto a habitação exigiria uma reforma com pintura, reparo de danos estruturais, etc, para que se apresente como razoavelmente habitável?

0	1	2	3
NENHUM	UM POUCO Pequenas reparações e alguma pintura.	MODERADA Algumas reparações estruturais e pintura	MUITA Grandes reparações estruturais implicadas e, em seguida, pintura

ATÉ QUE PONTO AS CONDIÇÕES DE VIDA TORNAM A HABITAÇÃO INSEGURAS OU INSALUBRES PARA OS VISITANTES OU OCUPANTE(S)?

0	1	2	3
Não tornam.	POSSÍVEL RISCO De lesão, e.g. resultado de uma queda.	RISCO CONSIDERÁVEL De incêndio, lesões ou problemas de saúde.	MUITO INSEGURO Habitação desorganizada e com condições não saudáveis que impedem as pessoas de entrar (excepto especialistas com roupas e equipamentos adequados) e/ou existe um alto risco de incêndio.

A escala apresenta 13 domínios, num total de 39 pontos. Cada domínio marca entre 0-3 pontos. 0 = aceitabilidade/normalidade; 3 = severamente anormal. Uma pontuação acima de 10 pontos evidencia a necessidade de assistência doméstica significativa. Considera-se também que uma pontuação de 2 ou 3 em qualquer domínio evidencia a necessidade de assistência nesse domínio, mesmo quando a pontuação total não se encontra no intervalo determinado entre 11 e 39. Os itens sobre a acessibilidade e o acúmulo de objectos fornecem uma medida do grau de conduta acumuladora, enquanto os outros 8 itens permitem uma medida de impureza. Itens como o odor e a presença de vermes/animais/infestação mostraram-se menos relevantes, contudo os autores não colocam a hipótese de os retirar.